2

APHASIE ET HÉMIPLÉGIE DROITE

SYPHILITIQUES

A FORME INTERMITTENTE



OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

ssai sur les maladies du cœur : De la mort subite dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique. (Ouvrage couronné par l'Institut, prix Godard, année 1871.)

Leçons de Ch. West sur les maladies des femmes, traduites de l'anglais, et considérablement annotées par Charles Mauriac. 1870.

Recherches cliniques et expérimentales sur l'emploi du chloral dans les algies de nature vénérienne (*Gazette des hôpitaux*, 1870-1871).

Mémoire sur le paraphimosis. 1872.

Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux. 1872.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis. 1873.

Syphilis gommeuse précoce et réfractaire à l'iodure de potassium. 1874.

De la balano-posthite gangréneuse symptomatique des chancres simples. Août 1873. (*Progrès médical.*)

Du traitement de la balano-posthite et du phimosis symptomatiques des chancres simples. 1874.

Leçon sur la balano-posthite infectante.

Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale. 1875. (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, 1876.)

Des synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie. 1875.

Du traitement de la syphilis par les fumigations mercurielles. 1875.

Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux. 1875.

Des laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis, en collaboration avec M. le docteur Krishaber. 1875.

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871. 1875,

Rareté actuelle du chancre simple. 1875.

Des laryngopathies graves compliquées de phlegmon péri-laryngien. 1876.

Herpès névralgique des organes génitaux. 1876.

Pour paraître prochainement :

Syphilose pharyngo-nasale.

Myopathies syphilitiques.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

LOCALISATIONS

DE LA

SYPHILOSE CORTICALE DU CERVEAU

APHASIE ET HÉMIPLÉGIE DROITE

SYPHILITIQUES

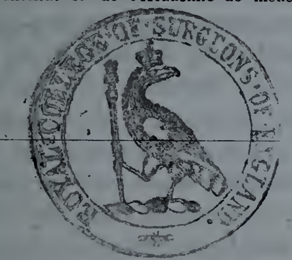
A FORME INTERMITTENTE

PAR

CHARLES MAURIAC

Médecin de l'hôpital du Midi

Lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, etc.



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1877

LEÇONS

SUR

L'APHASIE ET L'HÉMIPLÉGIE DROITE SYPHILITIQUES

A FORME INTERMITTENTE

PREMIÈRE LEÇON

Messieurs,

Je vous ai montré, au commencement de cette Leçon (1), un malade, âgé de vingt-huit ans, qui a toutes les apparences de la santé et qui est pourtant atteint d'une lésion syphilitique des plus graves. Vous avez remarqué un peu d'embarras, de l'hésitation dans sa parole : il cherche ses mots, ne les trouve pas toujours ou les prononce parfois en bégayant. C'est qu'il conserve encore un léger degré d'*aphasie*.

Je vous ai fait voir que, dans les actes qui exigent une vive contraction des muscles de la face, on pouvait aussi constater un affaissement de la joue droite et une déviation des traits vers le côté gauche.

En outre, la démarche est mal assurée, comme infléchie à droite ; il existe un peu de claudication, par suite de la fai-

(1) Première Leçon, faite le 27 novembre 1875.

blesse du membre inférieur droit ; enfin le membre supérieur correspondant a perdu de sa force, de sa souplesse, de sa dextérité ; il a même été plus touché par la paralysie que l'inférieur. Quant à la sensibilité, elle est émoussée, mais elle a beaucoup moins souffert que la contractilité musculaire.

Ainsi notre malade est tout à la fois *hémiplégique de tout le côté droit et aphasique.* Ces troubles fonctionnels qui sont si fréquemment associés, et que, pour mon compte, j'ai vus constituer une des manifestations les plus communes de l'encéphalopathie syphilitique, étaient beaucoup plus accusés il y a quelques semaines ; ils diminuent de jour en jour, et j'espère que bientôt il n'en restera plus que des vestiges insignifiants.

PREMIÈRE PARTIE

I

Voici l'histoire de cet homme. Sachez d'abord qu'il a toujours joui d'une santé parfaite, qu'on ne trouve dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise, que ses parents se portent très-bien, qu'il a fait sans en trop souffrir la campagne de 1870-1871, et qu'il ne se livre à aucun excès répréhensible au point de vue de l'hygiène.

Il y a deux ans, en septembre 1873, il eut commerce avec une femme qu'il rencontra tout près d'ici, dans un bal public que vous connaissez sans doute. Trois ou quatre semaines après, le 1er novembre, il lui survenait un chancre infectant, à gauche et en avant de la verge, dans le reflet balano-préputial. Je vous ai montré la cicatrice de ce chancre, qui était étendu, profond, ulcéreux, et qui a rongé une partie de la couronne du gland.

L'adénopathie qui suivit, huit ou dix jours après, fut très-douloureuse mais ne suppura pas; elle força pourtant le malade à garder le repos au lit. C'est une circonstance que je vous signale, parce qu'elle se présente rarement dans le bubon symptomatique du chancre infectant; son processus, loin de s'exprimer avec cette acuité, est la plupart du temps remarquable par sa lenteur et par son indolence.

II

Quoi qu'il en soit, l'accident primitif et son adénopathie spécifique ont été guéris assez facilement. C'est deux mois après le début du chancre, c'est-à-dire le 1er janvier 1874, que les accidents consécutifs ont fait leur apparition.

Ils ont consisté en des plaques muqueuses confluentes de la bouche et du gosier, accompagnées de gonflement des ganglions sous-maxillaires, de gêne de la mastication et de la prononciation, etc. Il a eu aussi des plaques muqueuses sur les bourses, et probablement la roséole; mais les taches cutanées sont passées inaperçues.

Les deux médecins qui le soignèrent dans cette première phase de la maladie lui firent prendre des pilules d'hydrargyre et de la liqueur de Van Swieten. Il suivit ponctuellement leurs prescriptions. Les plaques ne disparaissant pas assez vite à son gré, il consulta M. Ricord, qui fit continuer l'usage du mercure et prescrivit des cautérisations avec de la teinture d'iode.

Au bout de quatre mois il fût guéri de cette première poussée; mais vers la fin d'août (neuvième mois de la syphilis), son nez se gonfla, devint douloureux à l'intérieur, et les narines se remplirent de croûtes. C'était une nouvelle éruption de plaques muqueuses. M. Ricord le fit panser avec une pommade au précipité rouge et ordonna du sirop de bi-iodure ioduré.

III

En somme, le malade n'avait pas trop à se plaindre jusque-là. Son chancre ulcéreux aurait pu faire craindre des accidents plus graves et de même forme que lui, c'est-à-dire destructeurs, non résolutifs.

Eh bien, messieurs, au bout d'un an ces accidents-là survinrent! La syphilis, à partir de ce moment, entra d'emblée dans la phase tertiaire et constitutionnelle, où elle manifesta son action, qui n'était restée latente que quelques mois, par une gomme située à l'extrémité du sourcil droit.

Ce fut d'abord une petite tumeur qui atteignit peu à peu le volume d'une noisette; puis de dure devint molle et enfin s'ouvrit tout à coup, rejetant au dehors une matière épaisse, liquide, filante et ressemblant à de la gomme.

La cicatrice de l'ulcération consécutive à la tumeur est arrondie, déprimée, nette, blanche et un peu gaufrée. Vous avez pu constater tous ces caractères, qui restent indélébiles.

A peu près vers la même époque, il se produisit aussi d'autres ulcérations, mais elles ne furent pas précédées de tumeurs : c'étaient de larges pustules de rupia au nombre de deux ou trois, situées sur les extrémités inférieures; elles ont laissé de grandes cicatrices ovalaires que je vous ai fait voir. Ces cicatrices sont remarquables par deux cercles concentriques de pigmentation gris clair qui se détachent nettement sur la blancheur du fond.

Chose curieuse, pendant ces graves manifestations, il lui revenait de légers accidents du côté de la bouche. Il eut encore en effet à cette époque plusieurs éruptions de plaques muqueuses sur la muqueuse bucco-pharyngienne.

Comme traitement interne, on prescrivit de nouveau du bi-iodure ioduré, mais à doses peu élevées; on ne lui fit point prendre séparément de l'iodure de potassium.

Les ulcérations des extrémités inférieures débutèrent deux mois après la gomme du sourcil ; elles furent à peu près guéries en février 1875.

IV

C'est à cette époque (quinzième) mois de la syphilis) qu'apparurent les premiers phénomènes prodromiques de l'affection syphilitique du cerveau qui devait aboutir à l'*aphasie* et à l'*hémiplégie droite.*

Ainsi, messieurs, il y a eu une succession presque ininterrompue d'accidents, depuis le chancre infectant jusqu'à l'encéphalopathie. Ni le mercure administré dès le début, ni le mercure et l'iodure de potassium associés et pris plus tard n'ont pu rompre cet enchaînement fatal qui devait aboutir en moins de deux ans à une des viscéropathies les plus funestes de la syphilis.

A partir du mois de février 1875, le malade fut tourmenté par des céphalées presque continuelles ; elles occupaient toute la boîte crânienne et présentaient la même intensité le jour que la nuit. Pendant trois ou quatre mois elles constituèrent le seul accident nerveux ; elles étaient accompagnées d'insomnie, ce qui arrive presque toujours.

Une pareille persistance est un mauvais indice. Dans mon mémoire sur les *Affections syphilitiques précoces des centres nerveux*, j'ai insisté sur ce fait ; j'y reviens aujourd'hui, parce qu'il importe que vous graviez dans votre esprit la valeur de sa signification pronostique.

V

Je vous étonnerai peut-être en vous disant que ce malade eut encore à souffrir, en mars 1875, six ou sept mois après être entré dans la phase tertiaire de la syphilis, des mêmes accidents qui avaient signalé le début de la maladie : il lui

survint une nouvelle éruption de plaques muqueuses buccales et pharyngiennes.

Dans mon travail dont je vous parlais plus haut, vous trouverez quelques observations où j'ai constaté ce mélange de phénomènes superficiels et d'accidents viscéraux profonds. Tandis que dans l'intérieur de la boîte crânienne naît et évolue la lésion syphilitique qui comprime, hypérémie, enflamme, ramollit et détruit l'encéphale et ses enveloppes, on voit parfois apparaître sur la peau des taches de roséole érythémateuse, et sur les muqueuses des plaques qui ne sont même pas érosives.

N'y a-t-il pas là de quoi faire réfléchir ceux qui, dominés par leurs idées d'absolutisme inflexible en matière d'évolution pathologique, posent comme une loi qu'une maladie constitutionnelle ne remonte jamais son cours, et que les lésions de l'ordre tertiaire et de l'ordre secondaire ne peuvent pas se manifester simultanément ?

Je ne dis pas, messieurs, que les choses ne se passent bien ainsi dans la grande majorité des cas. Les plaques muqueuses, par exemple, ont leur saison, qui est plus ou moins longue, suivant les individus. Quelquefois elles durent fort longtemps, deux, trois, quatre ans; puis elles passent. Certes, dans une encéphalopathie syphilitique survenue dix, quinze, vingt ans après le chancre, vous ne rencontrerez pas de plaques muqueuses; mais dans une encéphalopathie précoce il en sera tout autrement. Je ne vois pas qu'il existe entre les productions gommeuses et les phénomènes de l'ordre secondaire une de ces incompatibilités qui ont leur source dans les actes les plus intimes de l'organisme. En quoi leur coïncidence choque-t-elle les notions que nous nous faisons de la vie normale ou pathologique ?

Est-ce que la syphilis ne débute pas souvent par un accident primitif qui ressemble infiniment plus à une gomme qu'à un condylome ?... Mais ne raisonnons pas à perte de vue sur de pareils faits. Qu'importe qu'ils contrarient nos idées ou

nos préjugés? Les théories passent, les faits restent. Admettons-les donc, alors même que nous ne pouvons pas les expliquer (1).

VI

Ce malade, au milieu de sa céphalée syphilitique, eut donc une nouvelle éruption de plaques muqueuses : c'était la quatrième ou la cinquième depuis l'invasion de la maladie. Il la traita comme les autres, par des cautérisations et en prenant du sirop de bi-iodure ioduré. Il lui survint aussi des croûtes dans les cheveux et de l'alopécie.

Sans doute, la céphalalgie pouvait faire pressentir une détermination quelconque du côté du cerveau ; mais où se localiserait-elle et quelle en serait la formule symptomatique? Telle était la question qui se présentait et à laquelle il eût été impossible de répondre avant le mois de juillet.

A cette époque, sans qu'il fût intervenu aucune cause occasionnelle, l'encéphalopathie se déclara d'une façon très-évidente. Les phénomènes étaient pourtant atténués, fugaces et *intermittents*. Ainsi le malade s'aperçut pour la première fois qu'il avait de temps en temps de la faiblesse dans les doigts de la main droite ; lorsque cette faiblesse le prenait pendant qu'il était en train d'écrire, il avait de la peine à former les lettres. La crise du reste ne durait que quelques minutes et elle se répétait plusieurs fois dans la journée.

Remarquez qu'elle ne consistait qu'en un simple affaiblissement de la contractilité musculaire, sans convulsions ni contractures partielles. Puis elle porta non-seulement sur les doigts et le bras, mais sur la face, qui était alors déviée à gauche, et sur le membre inférieur du côté correspondant, de telle sorte que dans ces moments-là le malade avait de la peine à marcher.

(1) Voyez, sur cette question, mes deux mémoires sur les *Affections syphilitiques précoces du système osseux et des centres nerveux.*

Un autre symptôme ne tarda pas à s'ajouter aux phénomènes de cette *hémiplégie droite passagère :* ce fut un *embarras de la parole*, une difficulté à trouver les mots et à parler couramment; pourtant la langue avait conservé toute sa mobilité.

La *crise d'aphasie* se déclarait en même temps que la *crise d'hémiplégie droite*, se reproduisait le même nombre de fois dans la journée et durait en moyenne, comme elle, quatre ou cinq minutes.

Les facultés intellectuelles étaient à peu près intactes, sauf peut-être la mémoire, qui commençait à diminuer.

Dans toutes les affections cérébrales, quels qu'en soient le siége et la nature, il est rare, messieurs, que la mémoire ne soit pas atteinte. C'est la faculté la plus générale, la faculté maîtresse. Que deviendraient les autres sans elle? Elle paraît avoir ses racines dans chacune des parties de la masse encéphalique. Le cerveau de tous les animaux en est doué, même celui des plus obtus et des plus bas placés dans l'échelle des êtres, sur les confins du monde végétal. N'est-ce pas elle qui projette quelque vague lueur d'intelligence sur les instincts obscurs et primordiaux de la matière organique animée du moindre souffle de vie?

A aucun moment, même dans les crises les plus fortes, il n'y a eu *perte de connaissance.*

J'insiste sur ce dernier fait, ainsi que sur l'absence de tout phénomène d'*excitation cérébrale* pendant les attaques. C'est là ce qui distingue ces crises des *attaques épileptiformes*, qui constituent, elles aussi, une manifestation commune de l'encéphalopathie syphilitique.

Pendant tout le mois de juillet (vingt et unième mois de la syphilis), l'hémiplégie droite et l'aphasie se reproduisirent chaque jour quatre, cinq, six fois, à des intervalles variables et constamment sous la même forme. La céphalée persistait et

continuait à occuper toute la boîte crânienne, sans se localiser ni s'accentuer plus spécialement sur un point que sur un autre. Le pouvoir génital était très-affaibli.

VII

Voilà quelle a été ce que j'appellerai la *première phase* de cette encéphalopathie syphilitique. Revenons sur quelques-uns de ses phénomènes les plus remarquables. Je ne pense pas qu'il existe beaucoup de cas plus nets, plus circonscrits dans leur formule symptomatique ; je n'en connais pas dont le processus ait affecté pendant un mois des allures intermittentes aussi caractéristiques. C'est même là le côté original de cette observation, celui sur lequel vous ne vous étonnerez pas de me voir insister quand la revue que je ferai devant vous de différents cas d'aphasie avec hémiplégie droite, consignées dans les recueils scientifiques, vous en aura démontré la rareté.

Sans doute l'*intermittence* des phénomènes n'est pas incompatible avec la *fixité* des lésions. Vous en avez pour preuve les attaques épileptiformes symptomatiques des tumeurs cérébrales. J'en pourrais choisir d'autres exemples en dehors du cerveau. Mais n'est-il pas curieux de voir tant de crises se succéder tous les jours et ne pas dévier un seul instant de leur forme primitive ? Pas une convulsion, pas une contracture, pas la moindre roideur, aucune irradiation sur les autres départements du système nerveux, aucun ébranlement général de la masse encéphalique, pas trace d'ictus apoplectiforme ou épileptique. Malgré les coups répétés qui frappent sur l'organe où s'élabore la parole et sur la région dévolue à la contractilité du côté droit du corps, le cerveau conserve constamment la possession de lui-même, le sentiment de son être, de son fonctionnement, imparfait sans doute, mais intact encore dans l'intime perception de ses principaux actes.

VIII

Il est évident, messieurs, que l'hémiplégie droite et l'aphasie ne pouvaient pas perpétuellement rester dans cet état surprenant d'intermittence à crises si courtes et si fréquentes. Il était à craindre qu'à ces crises succédât une attaque de longue durée, comme il arrive dans la grande majorité des encéphalopathies syphilitiques après le vague, l'indécision et même quelquefois l'incohérence des phénomènes prodromiques.

Quelle probabilité, en effet, que la guérison s'effectuât spontanément? Je crois que le malade, lorsqu'il en avait le plus besoin, ne prenait pas d'iodure de potassium. Pourtant ce sel était aussi formellement indiqué que possible. C'est dans de pareils cas, pendant la phase congestive des encéphalopathies, quand la pulpe cérébrale n'est pas encore irremédiablement détruite, au niveau de la lésion syphilitique, qu'on peut attendre de lui la plénitude de ses effets curatifs.

Mais la *continuité* des troubles fonctionnels ne devait pas succéder tout d'un coup à leur *intermittence ;* elle fut préparée et comme amenée presque graduellement par des accès plus longs et une aggravation progressive des symptômes. Il est probable, en effet, qu'à la cinquantième ou à la soixantième crise les défaillances momentanées de la force musculaire dans le côté droit et de la faculté de parler étaient plus voisines de la parésie absolue que les premières.

Toutefois, ce fut seulement le 1er août 1875 (vingt-deuxième mois de la syphilis) que ces crises prirent des proportions menaçantes.

IX

Ce jour-là, le malade se promenait dans la campagne, à Charenton, lorsque tout à coup, sans vertiges ni titubation,

ni perte de connaissance, il tomba, incapable de proférer un mot et de remuer le bras et la jambe du côté droit.

Cette attaque d'hémiplégie droite complète et d'aphasie dura environ un quart d'heure ou vingt minutes; puis le mouvement et l'usage de la parole revinrent, si bien que le malade se releva et put même continuer sa promenade.

Mais elle fut interrompue trois ou quatre fois par des attaques semblables qui se reproduisirent chaque fois de la même façon, et qui, à leur intensité près, furent en tout semblables à la première.

Le lendemain, le malade était tout à fait aphasique et hémiplégique. Il lui fut impossible de se lever et il ne pouvait pas parler. Le médecin qu'on appela crut qu'il s'agissait d'une attaque de congestion simple ; il fit appliquer des révulsifs aux extrémités inférieures et prescrivit une potion calmante.

Cet état se prolongea une semaine environ que le malade passa au lit. Peu à peu la contractilité musculaire sortit de sa torpeur, dans la jambe d'abord, puis dans le bras ; et la pensée qui ne s'était pas éteinte un seul instant, qui tout au plus avait été obscurcie, trouva des mots pour s'exprimer.

X

Malheureusement l'amélioration ne fut pas de longue durée. Le 16 août, comme il revenait du bain, cet homme fut frappé d'une nouvelle attaque d'hémiplégie droite et d'aphasie, aussi violente que la précédente, et toujours avec la même expression symptomatique.

Sur un seul point il y avait eu du changement : la céphalée, qui jusqu'alors occupait tout le crâne, devint *frontale* et même *se localisa dans le côté gauche.* Retenez cette circonstance ; n'est-elle pas la révélation du travail morbide qui s'accomplissait depuis longtemps dans la partie antérieure de l'hémisphère cérébral gauche?

Cette attaque devait être le terme de la *marche intermittente* qui avait imprimé une physionomie si particulière à l'encéphalopathie. Nous voilà dans une nouvelle phase : la *continuité* des effets produit une désorganisation plus profonde ; il faudra du temps pour qu'elle se répare.

Vous en voyez encore les suites, messieurs : le malade est sur pied; il va, il vient, en boîtant un peu; il s'exprime tant bien que mal; sa mémoire se réveille; il se sert de sa main et de ses doigts (pas au point d'écrire cependant); sa bouche est peu déviée; mais il n'est pas tout à fait guéri.

XI

Que s'est-il passé depuis le début de cette seconde grande attaque jusqu'au moment actuel? Rien d'extraordinaire. L'encéphalopathie, après avoir présenté ces caractères si remarquables d'intermittence à son début, a suivi, pendant ce qu'on pourrait appeler sa *période d'état*, puis pendant sa *période de réparation*, une marche régulière, continue, qui n'a été interrompue par aucune crise, ni traversée par aucun événement heureux ou malheureux.

Après un état stationnaire d'aphasie et d'hémiplégie droite complète qui dura à peu près deux semaines, le malade recouvra progressivement l'usage des facultés abolies. Dans les premiers jours de septembre, il fut en état de se lever; il fut même en état de partir pour la campagne, où on l'envoya terminer sa convalescence. Mais cette fois l'amélioration, qui avait été relativement si prompte la première fois, ne marchait qu'avec lenteur. Voyant qu'il ne retirait pas de son séjour à la campagne le bénéfice qu'il en attendait, le malade se décida à entrer dans mon service, où il fut reçu le 1er octobre (vingt-troisième mois de la syphilis, quatrième mois de l'encéphalopathie), et placé au n° 5 de la salle 7.

Lui avait-on fait suivre un traitement spécifique pendant sa maladie? C'est un point que je ne suis point parvenu à

éclaircir. Toujours est-il que s'il a pris de l'iodure de potassium, ce n'a été qu'à faibles doses et pendant quelques jours seulement. Aussi je considère que l'encéphalopathie a évolué spontanément depuis son origine jusqu'à l'époque où le malade est entré dans mon service. Et c'est, à mon avis, ce qui lui donne un intérêt de plus.

XII

Depuis qu'il est ici, il prend tous les jours 4 grammes d'iodure de potassium. Il y a six semaines, il se traînait péniblement, en fauchant de la jambe droite ; le bras correspondant pendait inerte le long du corps ; les traits affaissés à droite étaient fortement tirés à gauche. La sensibilité restait émoussée ; les souvenirs étaient confus et la parole lente, embarrassée, hésitante.

Vous avez vu ce qu'il est aujourd'hui et vous pouvez faire la comparaison de son état actuel à son état antérieur. Le temps a sans doute été pour beaucoup dans l'amendement notable de tous les troubles fonctionnels. Mais l'iodure de potassium y a bien aussi sa part. Je crois cependant qu'il aurait été plus efficace pendant la première phase. Son action a été aidée par une médication topique adjuvante destinée à exciter le mouvement et la sensibilité. On l'a électrisé plusieurs fois. Nous lui faisons prendre des bains sulfureux. Pendant qu'il était à la campagne, son père lui fouettait les parties paralysées avec des orties.

Depuis l'invasion de l'encéphalopathie, aucune manifestation syphilitique n'a eu lieu ni sur la peau, ni sur la muqueuse, ni ailleurs. Il semble que la diathèse a concentré toute son action sur le cerveau. Si encore elle l'y avait épuisée pour toujours ; mais qui pourrait l'affirmer ?

Toujours est-il que, depuis le jour où la lésion encéphalique prenait son maximum d'effet dans cette deuxième attaque,

elle n'a eu aucun retour offensif; elle semble être entrée, au contraire, dans une voie de régression continue. Rien n'indique qu'elle pousse des irradiations autour d'elle. Je ne découvre pas trace d'un autre foyer morbide dans l'intérieur de la boîte crânienne. Toutes les fonctions nerveuses, sauf celles qui ont été primitivement atteintes, s'exécutent régulièrement. La santé générale est bonne. En somme, la situation de cet homme devrait être jugée très-favorablement, s'il ne fallait pas faire toujours quelque réserve quand il s'agit des maladies constitutionnelles en général et de la syphilis en particulier.

Les troubles fonctionnels disparaîtront-ils complétement? Ne restera-t-il aucun vestige de cette encéphalopathie? Je l'espère, mais je n'ose pourtant pas l'affirmer. Je sais bien qu'on a observé des guérisons complètes et que les affections syphilitiques du cerveau sont en général beaucoup moins graves que celles qui tiennent à d'autres causes. Il est rare cependant qu'un cerveau soit impunément touché, même une seule fois. Pour ma part, je n'ai pas vu une seule encéphalopathie syphilitique qui n'ait bien laissé quelque fâcheuse empreinte sur cet organe.

DEUXIÈME PARTIE

Il me reste maintenant, messieurs, à discuter quelques points que je n'ai fait qu'effleurer en vous racontant l'histoire de cette *aphasie* et de cette *hémiplégie droite syphilitiques*.

I

Occupons-nous d'abord du diagnostic. Dans les maladies du cerveau, la question du diagnostic présente une complexité qu'on ne trouve peut-être au même degré pour aucun autre organe. Grâce aux progrès de la physiologie, grâce à l'expé-

rimentation et à l'anatomie pathologiques, on est arrivé à pouvoir déterminer, dans la grande majorité des cas, un groupe de troubles fonctionnels nerveux étant donné, quelle en est la cause organique, quel est le point de la masse encéphalique que le travail morbide a atteint, et, de plus, comment et dans quelles limites il l'a atteint, soit comme étendue, soit comme désorganisation. Certes, c'est là un progrès immense. Mais que de côtés encore obscurs !

Toutefois il y a des cas d'encéphalopathie qui présentent à toutes leurs périodes une telle harmonie, une telle concordance entre leurs principaux symptômes, que la tâche du médecin se trouve simplifiée et que le diagnostic se formule tout naturellement.

N'en est-il pas ainsi pour le cas que nous venons d'analyser ? Si, messieurs, et je suis convaincu qu'aucun de vous n'hésiterait à répondre si je lui demandais son avis : « Cet homme, atteint d'aphasie et d'hémiplégie droite, a une lésion dans le *lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche.* »

Voilà en effet ce qui saute à l'esprit de quiconque est un peu au fait de la physiologie normale et pathologique du cerveau.

II

Mais il y a bien d'autres questions à résoudre. Nous allons les aborder successivement.

La première est relative à la nature de l'encéphalopathie, abstraction faite du point de départ, de l'étendue, de la forme, du siége de la lésion et de la circonscription fonctionnelle qu'elle a endommagée.

Eh bien, messieurs, l'évidence est telle que le doute n'est pas permis. Si jamais une encéphalopathie a été syphilitique, c'est celle-ci. Je n'en dirais pas autant de toutes celles qu'on nous a données pour telles. Il y en a beaucoup qui prêtent à la discussion, lorsque, par exemple, l'accident primitif de la syphilis remonte à un nombre considérable d'années et que la

diathèse depuis longtemps n'a donné aucun signe de vie. Si une encéphalopathie survient dans de pareilles conditions, que ferez-vous? Votre premier soin ne sera-t-il pas de rechercher, par une analyse rigoureuse de toutes les circonstances, si l'affection cérébrale est syphilitique ou ne l'est pas? Mais souvent vous n'en saurez rien; vous ne pourrez que le supposer.

C'est qu'il n'y a pas toujours dans la physionomie des symptômes, dans leur groupement, dans leurs allures, dans leur durée, etc., des caractères assez tranchés pour qu'on puisse se prononcer formellement sur la nature de la cause. Les premières phases de la syphilis sont si éloignées! et puis y a-t-il eu des phénomènes intermédiaires? S'il en a existé, le problème est moins ardu. Toujours est-il que bien des fois vous serez fort embarrassés.

Ici, pour résoudre la question relative à la nature de l'affection, vous avez tous les éléments réunis : la filiation des accidents, leurs dates respectives dans le processus général, la précocité de l'encéphalopathie, son expression phénoménale et son processus; je n'ajoute pas l'action sur elle de l'iodure de potassium, parce que ce spécifique a été administré trop tard.

Que vous faudrait-il de plus?

Je me suis attaché à vous faire, pour ainsi dire mois par mois, le récit de toutes les phases par lesquelles a passé la syphilis de cet homme. Vous avez vu succéder aux deux ou trois poussées de la période condylomateuse les accidents propres à la période des productions gommeuses; puis il y a eu un retour de quelques plaques muqueuses, et enfin se sont montrés les premiers phénomènes de la détermination syphilitique intra-crânienne. La chaîne des accidents ne présente aucune solution de continuité; aucun anneau n'y manque; le processus, sans se précipiter ou s'interrompre, sans dévier à droite ou à gauche, d'un pas régulier qu'aucune médication n'arrête, aboutit à l'encéphalopathie.

III

Vous m'objecterez peut-être qu'il n'y avait, au moment où l'affection cérébrale n'a plus été douteuse, aucune manifestation syphilitique sur les autres parties du corps ; qu'il ne s'en est pas produit depuis, et que ce manque de coïncidences pathologiques émanant de la même source pourrait fournir des arguments à une critique sévère et chagrine. Je ne nierai pas cette lacune ; mais elle n'est d'aucune portée quand se sont à peine effacées les dernières traces des déterminations cutanées et muqueuses.

Et puis, n'est-ce rien, au point de vue du diagnostic de la nature, que ce *mode intermittent* du processus?...

Les irradiations morbides de côté et d'autre sur les muscles, les organes des sens, ou les fonctions sensorielles et psychiques s'effectuent fréquemment dans les encéphalopathies syphilitiques, en dehors du groupe symptomatique prédominant. C'est même là un des principaux caractères distinctifs de ces affections.

Il a fait défaut chez notre malade ; je vous l'ai fait remarquer plusieurs fois. La concentration du travail morbide sur le lobe antérieur gauche s'est fortement accusée dès le début et n'a pas cessé jusqu'à la fin.

Sans diminuer son action, ce travail morbide a procédé par *poussées successives* sur le *même lieu,* suscitant à des intervalles irréguliers et nombre de fois chaque jour des bouffées de congestion vers la pulpe cérébrale. Ce fait s'observe dans d'autres encéphalopathies, mais peut-être pas au même degré que dans celles dont l'origine est syphilitique.

Il me semble donc démontré de la façon la plus péremptoire que la maladie constitutionnelle, après avoir attaqué tantôt la peau, tantôt les muqueuses, soit par des lésions condylomateuses, soit plus tard par une gomme et par des ulcérations de l'ordre tertiaire, a fini par se localiser dans l'intérieur de la boîte crânienne.

IV

Il serait à désirer que les autres questions qu'implique un diagnostic complet fussent aussi faciles à résoudre.

Celle du siége de la lésion, par exemple, toute simple qu'elle paraisse au premier abord, devient embarrassante du moment qu'on ne se contente pas de dire que le lobe antérieur gauche du cerveau a été atteint. Il s'agirait de savoir s'il l'a été *primitivement* ou *secondairement*, c'est-à-dire si la lésion s'est développée dès l'origine au milieu de la pulpe cérébrale ou bien si, ayant pour point de départ, soit les méninges, soit les os du crâne, elle ne l'a envahie que plus tard, par exemple à l'époque où les attaques sont devenues plus longues et ont abouti à celle dont le malade n'est pas encore guéri.

Je vous avoue en toute franchise que je ne puis faire à cet égard que des conjectures. Je ne trouve dans la phénomalité morbide aucun élément de certitude. L'absence de tout phénomène d'excitation exclut peut-être la possibilité d'une hyperplasie méningée. Mais quand l'action morbide se circonscrit sur un point très-limité de la pie-mère, de l'arachnoïde ou de la dure-mère, quand elle ne se propage pas sous forme congestive ou inflammatoire à une étendue considérable des circonvolutions, pourquoi y aurait-il du délire, de la contracture ou des convulsions ?

Je me figure volontiers, — mais cette hypothèse n'a pas grand fondement et je vous la donne pour ce qu'elle est, — je me figure que pendant les trois ou quatre mois qui ont précédé les crises d'aphasie et d'hémiplégie droite, alors qu'il n'existait que la céphalalgie, les méninges ont été envahies par l'hyperplasie syphilitique au point précis où elles recouvrent la seconde et la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche. Peu à peu, cette hyperplasie s'est condensée sous forme de tumeur. Repoussée par la boîte osseuse qui gênait son déve-

loppement excentrique, elle s'est portée du côté du cerveau et elle a commencé par exercer sur lui un phénomène mécanique de compression.

Cette compression mécanique était soumise aux alternatives irrégulières que présente l'irrigation sanguine dans presque tous les produits pathologiques. De là les crises fugaces et superficielles d'aphasie et d'hémiplégie et le retour rapide et complet à un fonctionnement normal des fonctions momentanément entravées dans leur action.

Plus tard, des adhérences ont eu lieu entre le point du cerveau comprimé et la production gommeuse des méninges. Dès lors, la pulpe cérébrale a subi peu à peu la désorganisation qui est la suite inévitable d'un pareil envahissement, et, par suite, d'intermittents les troubles fonctionnels sont devenus permanents.

Ainsi, selon toute probabilité, les méninges ont été envahies par une hyperplasie syphilitique gommeuse, au niveau des circonvolutions frontales gauches et dans la scissure de Sylvius. Cette hyperplasie a comprimé, puis envahi, congestionné et enfin ramolli les circonvolutions et le lobule de l'insula, ainsi que la partie externe de la substance grise du corps strié. De là, d'une part, les troubles de la faculté du langage, qui paraît localisée plus particulièrement dans la troisième circonvolution frontale gauche, et, d'autre part, l'hémiplégie droite consécutive à la lésion de l'insula et du corps strié.

Il me semble qu'une exostose intra-crânienne n'aurait pas eu assez d'étendue pour comprimer simultanément, puis ramollir et détruire ces deux foyers d'innervation spéciale.

D'un autre côté, comment expliquer l'intermittence si complète des accidents, qui a duré pendant un mois, si l'on suppose que ces foyers ont été primitivement atteints, et que c'est au milieu d'eux que d'emblée les productions gommeuses se sont développées ?

L'hypothèse que je vous soumets me paraît, je vous le répète, réunir en sa faveur la plus grande somme de probabilités.

V

Êtes-vous satisfait de cette interprétation? Je n'ose pas l'espérer, et je suis le premier à approuver toutes vos réserves sur ce point délicat du diagnostic.

Aussi, messieurs, comme fort heureusement nous n'aurons pas l'autopsie pour dissiper nos doutes, j'ai pensé qu'il serait intéressant et instructif pour vous de savoir quelles étaient les lésions qu'on avait trouvées dans le cerveau et ses enveloppes, lorsque des cas, plus ou moins semblables à celui dont nous nous occupons, se sont terminés par la mort. C'est ce que je vous montrerai tout à l'heure.

Dans les trois cas d'aphasie manifestement syphilitique que j'ai publiés, l'hémiplégie droite coïncidait avec elle. (Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux, in *Arch. de dermatologie et de syphiligraphie*, année 1875.) Ces deux ordres de troubles fonctionnels suivaient à peu de chose près les mêmes alternatives d'augmentation et de diminution; ils semblaient indissolublement liés. Cependant, dans un cas, l'aphasie a survécu à l'hémiplégie, et dans un autre cas elle a disparu avant elle.

Ici il n'y a jamais eu aucune discordance, mais au contraire une harmonie parfaite entre les processus respectifs de ces deux symptômes.

Mon expérience personnelle confirme donc pleinement la théorie sur l'aphasie de MM. Bouillaud, Dax, Broca et autres maîtres français éminents, qui lui ont donné toute l'autorité de leur savoir et de leur expérience.

Mais il existe des cas où l'aphasie a coïncidé avec l'hémiplégie gauche; d'autres, en petit nombre, où elle a existé seule; d'autres enfin où elle était accompagnée de troubles nerveux très-prononcés.

VI

Pour vous édifier sur toutes ces variétés d'encéphalopathie avec prédominance des troubles du langage, je vais consulter une statistique que je trouve dans un très-bon travail de M. Tarnowsky sur l'*aphasie syphilitique.* Outre les trois cas qui lui sont personnels, l'auteur en a découvert cinquante autres dans divers recueils scientifiques.

Il a divisé ces 53 cas d'aphasie en cinq catégories, basées sur des considérations de physiologie pathologique. Malgré le talent qu'il a montré dans l'interprétation des faits à ce point de vue, je n'admets pas toutes ses idées théoriques. Je ne m'en occuperai donc pas. Dans une leçon de clinique pure comme celle-ci, nous ne devons pas nous perdre en subtilités analytiques interminables sur le mécanisme de l'aphasie. Ce n'est pas ici le lieu.

Voici les particularités qu'il me paraît important de vous faire connaître :

1° L'âge auquel ces 53 syphilitiques ont été frappés d'aphasie donne la moyenne de 34 ans ;

2° Parmi eux, il y avait 38 hommes et 15 femmes seulement ;

3° Sur ces 53 cas d'aphasie, il y a eu 27 guérisons et 29 morts.

Quant aux coïncidences pathologiques de l'aphasie en ce qui concerne les troubles du système nerveux qui l'ont précédée ou accompagnée, voici ce que fournit le dépouillement des observations :

L'aphasie syphilitique a coïncidé :

1° Avec hémiplégie droite............. 18 fois.
2° Avec hémiplégie gauche.............. 14

3° Avec la paralysie des extrémités supérieures et l'anesthésie des inférieures.	1 fois.
4° Avec la paralysie des extrémités inférieures.	4
5 Avec la paralysie de l'extrémité supérieure droite.	2
Avec la paralysie de l'extrémité supérieure gauche.	1
7° Avec la paralysie des quatre membres.	3
8° Avec hémiplégie droite et cécité.....	1
9° Avec le prolapsus de la paupière supérieure droite.	1
10° Avec l'absence de paralysie.........	5
11° Avec la perte des facultés intellectuelles.	11

VII

Vous avez dû lire, messieurs, et vous savez où trouver des observations d'aphasies communes non syphilitiques, de ces aphasies qui reconnaissent presque toujours comme cause organique non pas une hémorrhagie, mais un ramollissement actif des circonvolutions frontales et de l'insula du lobe antérieur gauche, consécutif à une embolie ou à une thrombose des artères sylviennes. Eh bien, si vous réunissiez en un tableau semblable au précédent 53 cas de ces aphasies communes, vous seriez frappés sans doute, comme moi, par deux différences capitales.

La première différence porte sur le nombre des cas où l'aphasie coïncide avec l'hémiplégie gauche. Dans le tableau que je viens de vous donner, ce nombre égale presque celui des cas où l'aphasie s'associe avec sa compagne ordinaire et presque obligée, l'hémiplégie droite.

Voilà une anomalie bien étrange, une grave exception à la règle sur les *coïncidences hémiplégiques* de l'aphasie, formulée par M. Bouillaud, puis par M. Dax et surtout par M. Broca. Y aurait-il là une circonstance particulière qui serait propre à

la syphilis et ne pourrait se rencontrer en dehors d'elle. Faudrait-il conclure à la nature probablement syphilitique d'une aphasie qui s'accompagne d'hémiplégie gauche.

Non, messieurs, il y a dans cette infraction à ce qu'on observe habituellement quelque chose de singulier, je le reconnais. Mais il me semble qu'on ne doit voir en cela qu'un de ces résultats bizarres, inattendus, auxquels donnent quelquefois lieu les statistiques qui n'embrassent qu'un nombre limité de faits. Mon expérience personnelle me rendrait-elle partial dans cette question?... Je vous ai dit que sur quatre cas d'aphasie syphilitique, d'un diagnostic bien positif et qui ne pouvait laisser aucun doute, j'avais constaté quatre fois l'hémiplégie droite.

Il faudrait donc soumettre à une critique sévère ces 14 cas d'aphasie avec hémiplégie gauche.

VIII

Mais si l'*aphasie avec hémiplégie gauche* ne me semble pas devoir être rapportée à la syphilis plutôt qu'à toute autre cause générale ou constitutionnelle, la seconde des deux différences capitales entre les coïncidences de l'aphasie syphilitique et celles de l'aphasie commune est essentiellement propre à cette diathèse.

En quoi consiste cette seconde différence?

Elle consiste dans la dissémination, dans l'éparpillement irrégulier des troubles nerveux les plus variés.

On sait que la lésion syphilitique n'obéit pour ainsi dire qu'à ses caprices; qu'elle ne subit, du moins en apparence, aucune localisation forcée; qu'un champ vaste, illimité, celui du tissu cellulaire, gangue et matrice de tous les organes, se trouvant ouvert devant elle, dans l'intérieur de la boîte crânienne, dans le cerveau et les méninges, comme ailleurs, elle s'y promène aussi librement que sur la peau ou sur les muqueuses.

Son processus se concentre ou se multiplie, se circonscrit ou s'étale, change de place ou s'immobilise, etc. Et même, quand il s'immobilise, on le voit pousser des irradiations de côté et d'autre, irradiations subordonnées au phénomène primordial, mais qui n'en sont pas moins fécondes en péripéties de toutes sortes.

Ici c'est une aphasie syphilitique avec *paralysie des extrémités supérieures et anesthésie des inférieures.*

Là, avec l'aphasie, vous avez dans quatre cas la *paralysie des extrémités inférieures.*

Trois autres fois l'aphasique sera *paralysé des quatre membres.*

Et cette hémiplégie, sœur inséparable de l'aphasie, la voilà mutilée, réduite à rien, à peu de chose, au *prolapsus de la paupière supérieure droite!*

Bien plus! *seule* en scène, 5 fois sur 53 cas, elle a mimé ou balbutié piteusement son triste monologue pathologique.

Pourquoi tout cela, messieurs? Parce que l'action morbide propre à la syphilis se développe dans le stroma conjonctif, tandis que les autres actions morbides, celles du rhumatisme, de la goutte, des affections rénales, d'une multitude d'autres dyscrasies connues ou encore à trouver, de la sénilité naturelle ou anticipée, etc., choisissent pour théâtre les vaisseaux et en particulier les artères de la base du crâne. Or, ces vaisseaux, même ceux d'un petit calibre, tiennent toujours sous leur dépendance un district plus ou moins étendu de la pulpe encéphalique; ils règlent l'alimentation et par suite assurent le fonctionnement de centres préposés à tel ou tel ordre invariable de phénomènes. Qu'ils soient lésés d'une façon ou d'une autre, qu'ils deviennent insuffisants sous un mode intermittent ou continu, et aussitôt tout un groupe phénoménal est frappé d'incapacité fonctionnelle. Là, plus de symptôme isolé : l'*association morbide* est aussi fatale que l'*association physiologique.*

IX

Est-ce à dire que l'anatomie pathologique rendra toujours compte de ces différences étiologiques et symptomatiques?

Pour que vous en puissiez juger vous-même, je vais vous résumer de mon mieux les observations d'aphasie syphilitique où l'autopsie a été faite.

Je prends d'abord les cas, toujours typiques, d'aphasie avec hémiplégie droite.

Première catégorie.

Obs. I. — Syphilis évidente datant de quatre ou cinq ans. *Hémiplégie droite complète. Abolition absolue de la parole* douze heures après l'hémiplégie. Amélioration, puis retour des accidents. Œdème de la jambe droite, gangrène du gros orteil correspondant. Attaques épileptiformes. Mort.

Autopsie. — Ramollissement à reflet jaunâtre comprenant la plus grande partie du tiers antérieur de l'*hémisphère gauche* jusqu'à la ligne médiane. Circonvolutions cérébrales ramollies et comprimées en partie par le liquide arachnoïdien. Substance du cerveau très-molle.

Corps strié gauche réduit en bouillie à sa partie antérieure. A la coupe, on découvre une cavité remplie de tissu vasculaire rouge et mou. Au-dessus de cette cavité, à la surface du corps strié, masse jaune du volume d'une fève, assez dure, compacte, de substance fibrinoïde. Hémisphère droit tout à fait normal.

Cette observation est de M. le docteur Leard (*Medical Times and Gaz.*, 1867, f. 12, p. 398). Vous voyez là un exemple de tumeurs gommeuses du corps strié gauche; un ramollissement de cet organe a été suivi d'hémiplégie droite, et un ramollissement des circonvolutions frontales du même côté a produit l'aphasie.

Obs. II. — Syphilis tertiaire révélée par une tumeur de la tête et de la clavicule du côté droit. *Aphasie* et *hémiplégie droite.* Amélioration, puis mort.

Autopsie. — *Deuxième et troisième circonvolution frontale* du

lobe antérieur *gauche* réduite en bouillie jaunâtre. Gomme grosse comme une noix sur les méninges, au niveau des circonvolutions frontales et sur la glande pinéale. Gommes dans le foie et dans les trompes. Ostéite raréfiante de l'extrémité interne de la clavicule droite. Artères de la base saines. (Bouchard et Lépine, *Gaz. méd. de Paris*, 1866, p. 726.)

Obs. III. — Syphilis; papules cutanées, alopécie partielle, orchite double. Traitement énergique par le mercure et l'iodure de potassium.

Accès épileptiformes avec contractions des membres, suivis d'*hémiplégie droite*, *de perte de la parole*, de gêne dans la déglutition et dans la respiration.

Autopsie. — Épanchement dans l'arachnoïde, *ramollissement du corps strié gauche et de toute la face inférieure du lobe antérieur gauche*. Densité exagérée de la moelle épinière.

Ici, outre l'aphasie et l'hémiplégie droite qui sont sous la dépendance du ramollissement des circonvolutions frontales et du corps strié gauches, il y avait un épanchement de l'arachnoïde. C'est sans doute cette dernière lésion qui avait déterminé ces accès épileptiformes et la contraction. (Cette observation est de M. Reynaud. — Gros et Lancereaux, *Affections nerveuses syphilitiques*, p. 201, obs. III.)

X

Parmi les observations d'aphasie syphilitique avec *hémiplégie gauche*, je vous en signalerai une très-catégorique rapportée par Trousseau, dans ses belles Leçons sur l'aphasie. Il en existe aussi d'autres qui ne peuvent laisser aucun doute. Je ne veux m'occuper ici que de celles qui ont été suivies de mort et où l'autopsie a été faite.

Deuxième catégorie.

Obs. IV. — Chancre induré, en 1856, chez un homme âgé de vingt-deux ans. En 1858, l'induration persistait encore; à cette époque, *hémiplégie gauche* et *embarras de la parole;* affaiblisse-

ment des facultés intellectuelles. Aggravation des symptômes. Mort.

Autopsie. — Substance cérébrale un peu diminuée de densité dans la totalité de sa masse. Ramollissement de la substance blanche à la partie supérieure et antérieure de l'*hémisphère droit* dans une étendue de 2 à 3 centimètres. (Obs. de Gubian.)

Obs. V. — X..., vingt-deux ans. Chancre, en novembre 1854. En janvier 1855, roséole syphilitique, adénopathie, etc. Traitement mercuriel.

Le 13 mai (septième mois de la syphilis), *hémiplégie subite à gauche* avec *difficulté de la parole.* Aggravation progressive des accidents. Mort à la fin de mai.

Autopsie. — Les os du crâne et la substance cérébrale sont à l'état normal. Hypérémie légère des méninges; les ventricules contiennent un peu de sang. Aucune autre altération n'a été constatée.

Cette observation est de Engelstedt. Ici, messieurs, pas plus que dans les cas précédents, la nature syphilitique de l'encéphalopathie ne peut être mise en doute Eh bien, cette encéphalopathie morbide n'a laissé aucune trace dans le cerveau. L'autopsie n'a donné qu'un résultat négatif. N'est-ce pas étrange? Quelle était l'altération moléculaire invisible qui avait envahi une partie de l'organe sans le désorganiser d'une façon apparente? Où siégeait-elle? Plus peut-être que toute autre maladie, la syphilis nous ménage de pareilles surprises.

Voici un fait analogue: je l'aurais placé dans la première catégorie parmi les aphasies avec hémiplégie droite; mais peut-être pourrait-on élever des doutes sur l'origine syphilitique de l'affection. Quoi qu'il en soit, il est assez curieux par lui-même. Le voici; je le soumets à votre appréciation :

Obs. VI. — Un homme âgé de trente-sept ans, qui disait avoir eu un chancre six mois auparavant, accusait de vives douleurs dans la tête. Il fut pris d'une *paralysie subite de la moitié droite du corps. Sa parole était difficile* et son intelligence parfaitement lucide. Au bout de quinze jours, nouvel et brusque accroissement

des symptômes ; par moments, *la parole est complétement impossible.* Cependant l'intelligence paraît intacte jusqu'à la mort.

L'autopsie ne fit découvrir *aucune lésion* des centres nerveux ni de leur enveloppe. (Obs. de Delaunay.)

Je vous disais qu'il y avait des cas où l'origine syphilitique de l'encéphalopathie était très-difficile à déterminer quand il s'était écoulé un long intervalle de temps entre l'accident primitif et les accidents nerveux. En voici un exemple :

Obs. VII. — Le malade observé par M. B. Ball avait eu un chancre et quelques éruptions sur la peau à l'âge de vingt et un ans. Trente ans après, sans avoir éprouvé aucun symptôme spécifique depuis le chancre, il fut pris de phénomènes de congestion cérébrale avec diminution de la mémoire, puis de difficulté de la parole, quoique l'intelligence fût assez bien conservée. Enfin, l'*aphasie* se compliqua d'*hémiplégie gauche avec contracture.*

A l'autopsie, on trouva, entre autres lésions, un ramollissement général de la masse encéphalique plus prononcée dans les lobes antérieurs. A la *partie antérieure du lobe frontal droit,* sur un point rapproché de la ligne médiane, il existait une tumeur du volume d'une grosse noix, arrondie, blanche, non pédiculée, ayant la consistance de la matière encéphalique à laquelle elle ressemblait sous tous les rapports... Elle était exclusivement composée d'éléments fibro-plastiques, etc.

XI

Résumons maintenant les cas d'aphasie syphilitique où les autres troubles fonctionnels nerveux concomitants ont été disséminés de tous côtés, sans ordre, sans homogénéité symptomatique, sans groupement fixe, sans succession régulière.

Obs. VIII. — Chez un syphilitique qui avait eu une périostite des os du crâne guérie par un traitement iodé, il survint des maux de tête, un *prolapsus de la paupière supérieure droite* avec exophthalmie du même côté, des convulsions et de la perte de la mémoire. Plus tard, affaiblissement des facultés intellectuelles, bégayement, impossibilité de trouver les mots propres à rendre sa pensée ; *aphasie*, puis idiotie, affaiblissement général de la con-

tractilité musculaire qui, dans les derniers temps de la vie, fut plus prononcé sur le bras gauche et sur le côté gauche de la face qu'ailleurs.

Autopsie. — Tumeurs gommeuses à la surface du cerveau. Nerf trijumeau droit enfoncé dans une masse gommeuse jusqu'au ganglion de Gasser. Dégénérescence gommeuse des nerfs oculo-moteurs et olfactifs droits (le malade croyait toujours sentir une odeur ammoniacale). Foyers ramollis dans la substance cérébrale. (Obs. de Westphal.)

Vous voyez qu'ici l'aphasie est perdue au milieu d'un dédale de phénomènes nerveux de toutes sortes et qu'on ne découvre ni à droite ni à gauche, sur les lobes antérieurs, des lésions circonscrites propres à en rendre compte, non plus que de l'hémiplégie gauche, qui s'est ébauchée aux dernières heures de la vie.

Obs. IX. — Voici un autre fait où l'imbroglio des symptômes était encore plus inextricable. L'observation a été recueillie par Kuh. Il s'agit d'une femme, âgée de quarante-sept ans, dont la peau était couverte d'une syphilide papuleuse. Elle avait, en outre, des ulcérations des amygdales et une iritis de l'œil droit; affaiblissement de la jambe droite, puis hyperesthésie de la jambe gauche; plus tard, paralysie des deux extrémités inférieures, prolapsus de la paupière supérieure droite; *faiblesse de la mémoire et difficulté de la parole; hémiplégie gauche de la face et du bras;* attaques épileptiformes; délire, etc.

Autopsie. — Pertes partielles de substance sur la lame interne des os pariétaux et frontaux. Infiltration purulente des méninges. Substance grise du cerveau rouge et ramollie. Foyers de ramollissement d'une couleur gris jaune, du volume d'une noix, nodosités dures, grosses comme une noisette, disséminées dans la substance blanche des deux hémisphères.

Obs. X. — Dans un cas recueilli par Worms, le malade *perdait quelquefois la faculté d'articuler les mots.* Il avait eu un chancre environ un an auparavant. Douleurs de tête irradiantes siégeant à gauche au-dessus de l'oreille, horribles, lancinantes, sans rougeur de l'œil, pression du temporal douloureuse, sans tumeur externe. Puis attaques épileptiformes, contractions de la jambe et du bras droits.

Autopsie. — Toute la portion des méninges qui tapisse le temporal gauche et le rocher était épaissie, rouge et recouverte de pus en dehors et en dedans. La partie de l'hémisphère gauche cor-

respondant à la partie malade des enveloppes était recouverte de pus, ramollie, réduite en bouillie dans sa masse jusqu'à 3 centimètres de profondeur. Le ganglion de Gasser était compris dans une masse épaisse et purulente de la dure-mère crânienne ; carie du temporal et de la base du rocher.

A la rigueur, ce cas pourrait rentrer dans la première catégorie, puisqu'il y a eu aphasie et troubles de la motilité à droite. Mais ce groupe n'était pas prédominant, et puis il existait de la contracture et non de l'hémiplégie. Ce n'est pas là du reste ce qui en diminue l'intérêt, au contraire.

XII

Avec les faits que je viens de résumer, vous pourrez vous faire une idée très-suffisante des lésions cérébrales qu'on trouve habituellement dans l'aphasie syphilitique.

Quant à son processus, il est extrêmement variable. Je vous ai dit que les cas d'aphasie intermittente étaient très-rares dans la syphilis. M. Tarnowski avoue qu'il n'a pas eu l'occasion d'en observer un seul cas. Mais dans une de ses catégories d'observations il comprend les exemples où la perte totale de la parole ainsi qu'une grande difficulté dans la prononciation des sons articulés se manifestaient sous forme d'accès qui se dissipaient rapidement. Cette catégorie ne comprend que quatre faits. L'un d'eux est celui de M. Worms, dont je viens de vous parler ; je n'ai pas à y revenir. L'intermittence des accidents ne me semble pas en être le caractère le plus saillant.

Les cas de John Isbeli se rapprocheraient plus du mien ; mais l'origine syphilitique de l'affection me semble contestable. Le malade avait des douleurs dans les membres qui étaient portées au plus haut point d'intensité pendant la nuit. *Perte par intervalles du mouvement volontaire et de la sensibilité dans la jambe et le bras droits.* Chaque jour, entre onze heures du matin et deux heures de l'après-midi, il survenait

une perte totale de la vue précédée d'une vive douleur au front, douleur qui occupait principalement le dessus des orbites. L'attaque durait ordinairement une demi-heure ou un quart d'heure et se renouvelait souvent trois ou quatre fois pendant les susdites heures.

Le malade était en outre *privé de temps en temps de la faculté de parler,* mais cette privation durait rarement plus d'une à deux minutes.

Il avait eu des chancres deux ans auparavant, sans accidents consécutifs. A la partie inférieure du radius gauche, il existait une augmentation de volume ressemblant à un nœud vénérien et très-douloureux pendant la nuit. Il fut guéri par des frictions mercurielles.

Dans l'observation de Tungel, l'encéphalopathie était surtout épileptiforme. La malade, âgée de quarante ans, eut de nombreux accès de convulsions qui finirent par l'emporter. Dans *l'une d'elles*, est-il dit, *la parole se perdit,* quoique la connaissance fût restée intacte. Une couche exsudative ferme et d'une coloration d'un blanc jaunâtre était située entre la boîte crânienne et la dure-mère, à laquelle elle était adhérente. Les os étaient altérés. Sur la face externe du *pariétal droit,* il y avait une dépression de la largeur d'une pièce de 5 francs, mal limitée sur ses bords par des ostéophytes. A ce niveau, la dure-mère adhérait à la pie-mère par du tissu cellulaire ou des masses solides, élastiques, sèches et jaunes. La substance médullaire correspondant à ces masses était ramollie. Pas d'autre altération du reste au sein de la substance nerveuse.

Fischer rapporte une observation empruntée à la clinique de Traube *sur un embarras périodique de la parole* chez un malade affecté de syphilis, avec hémiplégie gauche de la face et de l'extrémité supérieure du même côté.

Vous voyez que ces faits ne sont pas aussi catégoriques que le mien, et ils diffèrent à beaucoup d'égards. Du reste, ils sont trop peu détaillés pour qu'on puisse se rendre un compte rigoureux de leur mode symptomatique.

XIII

Pour terminer ce que j'ai à vous dire du processus, je vais vous donner un extrait très-sommaire des trois autres cas d'aphasie syphilitique avec hémiplégie droite que j'ai observés.

Premier cas. — Chez un syphilitique âgé de trente-six ans, qui avait eu *quatre mois* auparavant un chancre infectant suivi au bout de sept à huit semaines d'une syphilide papuleuse, il survint, après quelques jours de prodromes significatifs (céphalée nocturne, engourdissements dans la jambe et le bras droits), une attaque d'*aphasie complete* et d'*hémiplégie droite incomplète localisée dans les muscles de la face et dans ceux de l'avant-bras*. Le malade avait été traité auparavant par le mercure et l'iodure de potassium ; il le fut après l'attaque. Les accidents diminuèrent peu à peu. Néanmoins, au bout de huit mois, presque tous ces phénomènes morbides persistaient encore. Il était évident que l'affection serait incurable. Quatre ans après le début de la syphilis, l'aphasie et la paralysie n'avaient pas disparu. Elles étaient très-atténuées et subissaient de légères alternatives de mieux et de plus mal.

Remarquez la précocité de cette encéphalopathie : elle survient au quatrième mois de la syphilis, ce qui ne l'empêche pas de désorganiser le cerveau tout aussi bien que si la maladie constitutionnelle avait été à sa dixième ou quinzième année.

Deuxième cas. — Le malade avait trente-cinq ans. Le chancre infectant avait été contracté dix mois auparavant et suivi d'accidents cutanés et muqueux de moyenne intensité. Pendant six mois, traitement mercuriel, etc.

C'est au *dixième mois* de la syphilis que l'encéphalopathie éclata

sous forme d'une attaque brusque d'*aphasie* et d'*hémiplégie droite*. Du premier coup l'aphasie fut complète. L'hémiplégie, au con traire, fut graduelle et n'augmenta que peu à peu. Les faculté intellectuelles furent peu troublées.

Vers le neuvième jour de l'encéphalopathie, les accidents paralytiques diminuèrent, mais ils ne disparurent pas, et le malade resta infirme.

Quant à l'aphasie, elle ne subit qu'une amélioration insignifiante.

Au neuvième mois de l'encéphalopathie, sans avoir essuyé de nouvelles attaques, le malade était encore complétement aphasique et à moitié paralytique du côté droit.

Troisième cas. — Jusqu'ici le processus a été simple. Dans le fait suivant, il est plus compliqué. Le malade, âgé de trente-huit ans, avait eu un chancre infectant d'apparence très-bénigne et des accidents consécutifs légers et superficiels. Dès le début de l'accident primitif, on avait institué un traitement mercuriel.

Néanmoins, la santé générale s'altéra, et le malade fut affecté des pressentiments les plus sinistres, qui prenaient même un caractère morbide.

Au cinquième mois de la contamination, il survint une *névralgie faciale* violente du côté droit qui fut guérie au bout de dix jours.

Un mois après (cinquième de la contamination), deuxième attaque de *céphalée névralgiforme* siégeant à gauche. Insomnie. *Symptômes d'un ramollissement cérébral : embarras de la parole*, affaiblissement de la mémoire, troubles intellectuels et affectifs.

Au septième mois de la contamination, *attaque brusque d'aphasie et d'hémiplégie droite* incomplète. Dès le sixième jour de l'attaque, amélioration. Elle continue en présentant des alternatives fréquentes, mais elle est lente, et au cinquième mois de l'aphasie la guérison n'est pas complète.

Quatorze mois après le début du chancre, *deuxième attaque d'encéphalopathie* précédée pendant huit ou dix jours de douleurs crâniennes occipito-pariétales gauches. Elle est constituée par des phénomènes *de congestion encéphalique* qui se produisent plusieurs fois et donnent à l'affection la physionomie du *ramollissement cérébral.*

Au dix-huitième mois du chancre, *troisième attaque d'encéphalopathie*, troubles de la vue, diplopie tenant à un défaut d'accommodation de l'œil gauche. Phénomènes de collapsus et d'excitation dans les fonctions cérébrales.

Aphasie et *hémiplégie droite* de plus en plus prononcées.

Cette troisième attaque fut constituée par une série de crises en-

trecoupées d'*intermittences* ou mieux de *rémittences* plus ou moins longues, car les accidents ne cessèrent jamais complétement. Troubles psychiques plus accusés que dans les crises antérieures : perte de la mémoire, insomnie, idées délirantes alternant avec des phénomènes de ramollissement.

Plus tard, diminution progressive des accidents cérébraux.

J'ai revu ce malade plusieurs fois depuis : il va, il vient, mais la guérison de l'aphasie et de l'hémiplégie droite est incomplète et toutes les fonctions cérébrales sont frappées d'une décadence irremédiable.

Pourtant les soins ne lui ont pas manqué, et il était placé dans les conditions hygiéniques les plus favorables ; il a pris sous toutes les formes le mercure et l'iodure de potassium. Tous nos efforts ont échoué.

Il en a été de même dans les deux premiers cas.

XIV

Je pense, messieurs, que vous voilà édifiés sur le pronostic général de l'aphasie syphilitique. Après ce que je vous en ai dit, il faudrait être singulièrement optimiste pour s'illusionner sur sa gravité.

Ce n'est pas ici le lieu de passer en revue toutes les circonstances pathologiques qui se rattachent aux encéphalopathies avec aphasie, et de juger chacune d'elles au point de vue de sa prognose spéciale. Je ne sais pas du reste si je trouverais dans les observations connues les éléments nécessaires pour résoudre cette question.

Ce qu'on peut dire d'une manière générale, c'est que la multiplicité des troubles nerveux, l'intensité et la durée de chacun d'eux, la déchéance continue et progressive des facultés psychiques et des pouvoirs sensitivo-moteurs, doivent être comptés au nombre des événements les plus fâcheux actuellement et les plus à craindre pour l'avenir.

Lorsque l'aphasie existe seule, sans aucune paralysie partielle, sans hémiplégie droite ou gauche, elle est incontestablement moins sérieuse que lorsqu'elle est associée à ces variétés de parésie.

Mais ces parésies elles-mêmes, surtout celles qui ne sont pas irrégulièrement disséminées, mais qui forment un groupe comme les hémiplégies, nous paraissent moins redoutables que les phénomènes d'excitation musculaire et psychiques tels que les contractures, les convulsions, les attaques épileptiformes,le délire, etc., etc.

Bornons-nous au pronostic de l'encéphalopathie, qui a fait l'objet de cette leçon.

Aujourd'hui, le temps s'est chargé de dissiper les doutes qu'une pareille affection cérébrale aurait pu faire naître au début. On doit la considérer comme presque arrivée à son terme, et vous voyez que la plupart des phénomènes ont tellement diminué qu'il est possible d'espérer leur disparition prochaine.

Il a existé, pendant tout le décursus de cette encéphalopathie, une harmonie qui ne s'est pas démentie un seul instant. C'est toujours une circonstance favorable. Remarquez comme les symptômes, après être nés le même jour, ont suivi constamment les mêmes phases, cessant, revenant, grandissant ensemble, etc., etc. Dans leur période régressive, aucun d'eux ne reste en arrière; ils s'atténuent chacun dans la même période respective de temps et de décroissance.

XV

Mais l'*harmonie symptomatique* que je vous signale n'est peut-être pas, selon moi, le signe pronostique le plus favorable. Il en est un autrement important sur lequel je désire appeler toute votre attention. Je veux parler de l'*intermittence* de cette encéphalopathie.

Vous vous rappelez qu'elle a persisté à peu près avec les mêmes caractères pendant un mois. Puis des crises plus violentes se sont déclarées, et les fonctions qui n'étaient que momentanément lésées chaque fois ont fini par être abolies, lors de la dernière attaque, pour un temps considérable.

Évidemment, messieurs, pendant la phase de l'intermittence la pulpe cérébrale n'était pas encore désorganisée. Elle était seulement *comprimée* ou *hypérémiée* durant le temps très-court que durait chaque crise. L'intermittence, comme je vous l'exposais tout à l'heure, dépendait sans doute des variations de volume que subissait la lésion syphilitique méningo-cérébrale. Plus tard, la pulpe cérébrale n'a plus été simplement comprimée, elle a participé, elle aussi, au travail morbide. Des mouvements d'hypérémie congestive l'ont envahie, comme cela s'observe fréquemment dans la sphère des organes qui sont comprimés ou envahis par une production pathologique quelconque, et qui subissent tous les caprices d'une irrigation sanguine désordonnée.

Donc, messieurs, pendant un mois, avant la première grande attaque, tout au plus existait-il dans le cerveau des phénomènes fugaces de compression et d'hypérémie. N'est-ce pas là, autant qu'on peut être affirmatif en pareil cas, une circonstance extrêmement favorable?

Vous comprendrez aisément qu'elle l'est pour deux raisons principales : la première, parce qu'elle indique un processus lent qui laisse aux organes et aux fonctions le temps de revenir à leur état d'équilibre normal ; la seconde, parce que, dans une maladie comme la syphilis, où les lésions et la diathèse ont leurs spécifiques, il est toujours utile de les pouvoir administrer avec opportunité, c'est-à-dire à l'époque où l'intégrité des organes n'est pas irrémédiablement détruite.

Eh bien, chez notre malade, pendant la longue durée de l'*intermittence*, les conditions organo-pathologiques et diathésiques étaient aussi propices qu'on le peut souhaiter. En agissant énergiquement avec de fortes doses d'iodure de potassium, on aurait pu arrêter l'envahissement de la production gommeuse intra-crânienne, régulariser sa circulation, hâter sa régression et préserver le district du cerveau menacé et déjà touché par elle. L'organisme n'était point saturé des médicaments; il n'était pas épuisé par aucune de ces causes

morbides qui s'attaquent aux forces radicales et conduisent à la cachexie ; il était apte, en un mot, à développer l'action curative de l'iodure et à en bénéficier. N'est-ce pas ce qui a eu lieu plus tard ? Mais alors la pulpe cérébrale était bien autrement compromise qu'au début, et peut-être la guérison ne sera-t-elle jamais complète.

C'est qu'un médicament si actif, si spécifique, si merveilleux qu'il soit dans son action ne peut pas accomplir l'impossible. Vous porteriez ses propriétés à la centième, à la millième puissance, que vous ne lui feriez pas *refaire ce qui a été détruit*. Il n'est pas doué du *don créateur*. Il importe donc, si l'on veut être juste, de ne pas lui demander plus qu'il ne peut donner.

XVI

On peut cependant demander beaucoup à l'iodure. Mais gardez-vous bien, messieurs, de croire qu'il répondra toujours à votre attente. Vous vous exposeriez à de nombreux mécomptes. Je puis vous en parler sciemment, puisque je les ai éprouvés. Dans les encéphalopathies en particulier, je n'ai pas eu la satisfaction d'obtenir le résultat complet que j'étais en droit d'espérer.

Ainsi en a-t-il été, par exemple, pour le dernier cas dont je vous ai parlé.

J'avais prévu son affection cérébrale longtemps avant qu'elle éclatât ; elle se laissait deviner par certains phénomènes avant-coureurs qui ont presque la même valeur diagnostique que les symptômes précis et positifs de maladie confirmée.

Eh bien, je fis tout au monde pour conjurer le danger, et j'eus le regret de n'y pouvoir parvenir. L'iodure resta impuissant ; le mercure aussi. Certes, si un malade a été traité, c'est celui-là ; il l'a été par moi dès le premier jour de son chancre ; il l'a été plus tard conjointement avec moi par

d'autres médecins de mes collègues qui ont bien voulu me prêter leur appui et l'autorité de leur science et de leur expérience. Tous nos efforts et tous nos remèdes n'ont pas empêché l'encéphalopathie d'aboutir à un état d'infirmité incurable.

Est-ce à dire que vous ne devez administrer l'iodure qu'avec défiance, timidité ou même avec certaines restrictions dans les cérébropathies de nature syphilitique? Non, messieurs, vous le donnerez à fortes doses et avec persévérance ; vous le donnerez avec la certitude que s'il ne peut pas *absolument* guérir tous les désordres, du moins il les peut atténuer et limiter dans une mesure que vous n'atteindriez jamais avec les autres médicaments.

Quant à son action préventive générale, j'ai laissé entrevoir que je n'y comptais pas. S'il suffisait de prendre de l'iodure de potassium dans le cours d'une syphilis, dans ses premières phases, par exemple, pour être préservé des accidents redoutables de la période tertiaire, on n'aurait que bien rarement l'occasion d'en voir et d'en soigner. L'usage de l'iodure de potassium s'est tellement généralisé qu'il y a bien peu de syphilitiques qui n'en prennent plus ou moins à un moment ou à un autre, soit parce que leur médecin le leur a conseillé, sot parce qu'ils jugent d'eux-mêmes qu'il est opportun de le faire. Eh bien, tous sont-ils préservés? Non, évidemment. Bien plus ! à qui n'est-il pas arrivé de voir survenir des affections syphilitiques des centres nerveux en plein traitement ioduré?

XVII

Quant au mercure, loin de prévenir les *syphilis nerveuses*, il y *prédisposerait* s'il fallait s'en tenir aux résultats que donnent les statistiques de M. le docteur Jullien. Il y prédisposerait même dans des proportions vraiment effrayantes. Vous allez en juger.

M. Jullien, faisant des recherches sur l'*étiologie de la sy-*

philis tertiaire, en a réuni 237 cas qu'il a divisés en quatre classes.

La première comprend les *véroles non traitées*, abandonnées à leur marche naturelle ; elles renferment 59 cas. Sur ces 59 cas, il n'y a eu qu'*un seul cas* d'encéphalopathie.

La deuxième comprend les *véroles mercurialisées dès le début, ab initio*. Il y en a 47 cas. Or, savez-vous le nombre des encéphalopathies qu'ont donné ces véroles mercurialisées *ab initio ? Sept.*

La troisième comprend les *véroles hydrargyrisées après le début de la période secondaire, à secundariis* : soit 111 cas. Ces 111 cas ont fourni *onze encéphalopathies.*

Quant à la quatrième catégorie, elle ne comprend que 7 malades uniquement traités par l'iodure de potassium ; aucun d'eux n'a eu d'encéphalopathie.

Faut-il affirmer, d'après le résultat si extraordinaire et si inattendu de ces statistiques, que le *mercure exerce une influence nocive* sur les centres nerveux et que les syphilitiques restés vierges de mercure ne sont que très-rarement, pour ne pas dire jamais, atteints par des lésions tertiaires de l'encéphale ?

Non, messieurs, ce sont là des conclusions *extrêmes*. Elles reposent peut-être sur des circonstances fortuites, sur le hasard des chiffres. Et puis le nombre de cas n'est pas assez important pour couper court à toute objection. M. le docteur Jullien a très-sagement et très-judicieusement pesé le pour et le contre dans cette grave question. Il reste dans le doute, mais un doute méthodique qui ne méconnaît pas l'importance d'une pareille révélation, ni la portée qu'elle pourrait avoir dans la pratique si de nouvelles recherches concordaient avec les siennes. Je me tiendrai, moi aussi, dans une semblable réserve.

Ce que je puis vous dire, c'est que mes malades avaient tous pris du mercure pendant les premières phases de la syphilis. Ce traitement ne les a pas tous préservés de l'encé-

phalopathie ; mais je ne vois dans leurs lésions aucune circonstance qui me permette de croire qu'il ait été pour quoi que ce soit dans la détermination de la syphilis sur l'encéphale.

XVIII

Messieurs, le temps me presse et je ne puis pas m'étendre plus longuement aujourd'hui sur le traitement des encéphalopathies syphilitiques. Nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir. Il est cependant un point sur lequel je veux appeler votre attention.

Quand on traite une affection qui a la chance de pouvoir être combattue par des spécifiques, on croit trop aisément que toute l'indication thérapeutique doit se borner à les prescrire.

Ce procédé est commode et sommaire. Il évite la peine d'analyser un à un les symptômes et de rechercher en eux l'élément morbide *particulier* et l'élément morbide *commun* ou général, celui qu'on retrouve dans toutes les affections d'un même organe, quelle qu'en soit leur cause locale ou constitutionnelle.

C'est pourtant là une opération qu'il ne faut pas négliger. Elle est même indispensable, car sans elle on se laisse aveuglément conduire par l'empirisme spécifique, et souvent on ne voit pas ou on omet des indications secondaires, auxquelles il serait urgent de déférer pour deux raisons : la première, c'est qu'en s'attaquant au symptôme dans ce qu'il a de commun, de général, on pare souvent à un danger plus ou moins urgent, etc.; la seconde, c'est qu'en débarrassant l'affection de ce qu'elle a d'excessif dans ses manifestations phénoménales, on favorise l'action des spécifiques et l'on n'en prépare et assure que mieux leur succès.

En d'autres termes, messieurs, parce que vous avez deux spécifiques à votre disposition pour combattre les encéphalo-

pathies syphilitiques, ne vous privez pas des précieux secours de la *médication rationnelle* qui s'adresse aux affections cérébrales de toute forme et de toute provenance.

Cette médication rationnelle implique, outre une hygiène appropriée, l'usage des déplétions sanguines générales ou locales, des révulsifs temporaires ou permanents, des évacuants, des antispasmodiques, des excitants, etc., etc.; enfin, de tous les modes d'action que la pratique basée sur nos connaissances physiologiques peut nous suggérer en pareil cas.

Ayez-y recours si l'indication s'en présente. Donnez les spécifiques; mais traitez en outre les encéphalopathies syphilitiques comme vous traiteriez les encéphalopathies ordinaires.

DEUXIÈME LEÇON

Messieurs, je vais reprendre aujourd'hui la question de l'aphasie et de l'hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente, que j'ai traitée longuement, il y a cinq ou six semaines, dans ma première leçon. Ce n'est pas que j'aie rien d'essentiel à y ajouter ; mais je tiens à vous dire quelques mots du malade qui en a été l'objet, et à vous exposer l'histoire d'un autre cas moins grave, mais tout aussi intéressant que le premier, dont j'ai pu étudier, le mois dernier, la courte attaque d'encéphalopathie.

I

Vous vous rappelez sans doute cet homme, couché dans la salle 7, que je vous ai fait examiner le 27 novembre. Il était dans mon service depuis plus d'un mois ; il y était entré avec des accidents très-prononcés et permanents d'une encéphalopathie syphilitique caractérisée par de l'aphasie et une hémiplégie de tout le côté droit, sans mélange d'aucune autre perturbation fonctionnelle du système nerveux. Avant d'en arriver à ce degré de paralysie des mouvements et de la parole, le malade avait subi un nombre très-considérable d'at-

(1) Deuxième leçon, faite le 8 janvier 1876.

taques se formulant toujours par les mêmes symptômes et séparées par un retour complet du cerveau à son état de fonctionnement normal. La continuité finit par succéder à l'intermittence; puis, après une longue période d'état, le malade recouvra peu à peu l'usage de la parole, et la force musculaire revint dans les membres frappés de parésie. Bref, grâce au traitement spécifique qu'il avait rigoureusement suivi pendant deux mois, et dont l'iodure de potassium à hautes doses faisait la base; grâce aussi au repos, à une bonne hygiène et aux efforts spontanément réparateurs de la nature, dont il faut toujours tenir compte dans une certaine mesure, cet homme se trouvait, à l'époque où je vous parlai de lui, dans une situation relativement satisfaisante et qui faisait présager une guérison prochaine à peu près complète. Aussi, malgré quelques réserves, je portai sur son compte un pronostic favorable.

II

Malheureusement ce pronostic reçut un démenti inattendu et presque brutal vers le milieu du mois de décembre; ce qui vous prouve bien qu'on ne saurait être trop circonspect dans ses prévisions en matière de syphilis, surtout lorsqu'un organe aussi délicat que le cerveau a été sérieusement endommagé. Ce malade, que vous aviez vu marcher presque sans claudication et qui s'exprimait sans un trop grand embarras de la parole, éprouva de nouvelles douleurs de tête semblables à celles qui avaient signalé l'invasion de l'encéphalopathie; en même temps il perdit l'appétit et eut un peu de fièvre. Le mouvement lui répugnait. Il était devenu maussade et taciturne. Il avait aussi des étourdissements, des obnubilations, des vertiges, et ne s'aventurait plus dans les salles, loin de son lit, dans la crainte de tomber. Il était manifestement sous le coup d'une nouvelle attaque, quoiqu'il n'eût pas cessé de prendre de l'iodure de potassium. On lui administra inutilement quelques purgatifs pour combattre l'embarras

gastrique et opérer une dérivation salutaire sur la muqueuse intestinale ; mais ils ne produisirent qu'un effet à peu près nul ou du moins presque insensible.

Je me proposais de lui faire appliquer trois ou quatre sangsues derrière l'oreille gauche, afin de provoquer un écoulement continu de sang pendant plusieurs heures et de diminuer ou faire disparaître l'hypérémie qui me paraissait s'être établie vers le lobe antérieur gauche du cerveau, lorsque je fus prévenu par l'événement. Le malade eut une véritable attaque, sans perte de connaissance et sans mouvements convulsifs épileptiformes, une attaque tout à fait semblable aux précédentes, sinon comme intensité et comme durée, du moins comme expression phénoménale : il tomba, en effet, tout à coup frappé d'une hémiplégie presque complète de tout le côté droit, et privé aussi de l'usage de la parole ou réduit à ne bégayer que quelques paroles incohérentes.

Cet état de choses se prolongea pendant cinq ou six jours sans intermittence ni rémission, avec une continuité parfaite ; puis peu à peu la parole, avec la faculté d'approprier le mot à l'idée, sortit de sa torpeur, et la force revint aussi progressivement dans les membres et la face du côté droit.

Au bout de huit ou dix jours l'amélioration était très-prononcée, comme quelques-uns d'entre vous ont pu le constater, et vers la fin de décembre l'aphasie et la parésie droite n'étaient plus qu'à ce degré où vous les aviez vues le 27 novembre.

Dans les fêtes du premier de l'an, le malade se sentit si bien qu'il désira quitter nos salles.

Quel enseignement devons-nous tirer de cette nouvelle attaque? Le premier, c'est qu'il serait prématuré de porter un pronostic favorable peu de temps après la diminution des accidents cérébraux ; qu'il faut toujours être sur ses gardes tant qu'ils persistent et même après leur disparition complète, lorsque par leur durée, par leur nature, par leur mode d'évolution, ils ont rendu manifeste l'existence d'une lésion plus

ou moins profonde de la pulpe encéphalique ; le second, c'est qu'il ne faut pas interrompre le traitement ou se tenir prêt à le reprendre, sans tenir trop grand compte de phénomènes gastriques, intestinaux ou autres, qui paraîtraient le contre-indiquer. Quand je vis que le malade avait du malaise général, de la fièvre et de l'embarras gastrique, je crus prudent de suspendre l'usage de l'iodure de potassium, me réservant d'y revenir ultérieurement. Peut-être l'attaque serait-elle survenue malgré lui. Toujours est-il qu'il eût peut-être mieux valu persévérer dans son emploi. Mais je crois, en outre, que dans ces encéphalopathies, qui sont lentes à disparaître et qui ont de la tendance à récidiver sous forme de poussées congestives, il est bon de ne pas confier la guérison aux seules vertus curatives de l'iodure. Et je vous répéterai ici ce que je vous disais dans ma première leçon à propos du traitement des syphiloses cérébrales : Combattez-les non-seulement avec la médication spécifique, mais encore avec les moyens ordinaires de la médication rationnelle. Aussi aurais-je peut-être bien fait, pour compléter et affermir la guérison, de creuser une fontanelle derrière l'apophyse mastoïde gauche, ou d'établir un séton à la nuque et d'administrer une ou deux fois par semaine quelques dérivatifs intestinaux.

Relativement au diagnostic du siége, de la nature et du processus de la lésion, je n'ajouterai rien à ce que je vous ai déjà dit ; ceux d'entre vous qui ne connaissent pas l'histoire de ce malade et les réflexions qu'elle m'a suggérées pourront en prendre connaissance prochainement dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, où ma première leçon sera publiée.

III

J'espère, messieurs, que vous trouverez quelque intérêt au récit que je vais vous faire maintenant d'un nouveau cas d'aphasie et d'hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente. Je l'ai observé tout récemment et fort à propos, comme vous allez en juger.

Il s'agit d'une dame, âgée d'une trentaine d'années, qui contracta la syphilis à la fin de l'année 1870. Je lui donnai des soins en 1871 pour quelques accidents consécutifs, de moyenne intensité, du côté de la peau et des muqueuses. Ils se reproduisirent en 1872; les ongles surtout furent très-malades. Elle supporta bien le traitement hydrargyrique et guérit assez vite des poussées successives qui lui survinrent pendant les deux ou trois premières années de l'intoxication syphilitique; mais la santé générale en fut fortement éprouvée : elle maigrit beaucoup et perdit ses forces; puis peu à peu elle revint, en apparence du moins, à son état naturel.

Elle s'était toujours bien portée jusque-là, n'avait eu que des indispositions légères et une sorte d'anémie chronique et peu grave qui ne paraissait reposer sur aucun fond constitutionnel. Elle n'était point sujette aux malaises nerveux et n'avait jamais eu ni spasmes ni convulsions hystériques. Plusieurs spécialistes fort éminents lui avaient donné des soins, et tous avaient prescrit des préparations hydrargyriques et un régime fortifiant. En 1873, je constatai encore chez elle quelques plaques muqueuses sur l'isthme du gosier.

Je l'avais perdue de vue depuis deux ans, lorsqu'elle m'écrivit, en septembre 1875 (sixième année de la syphilis), qu'après avoir joui d'une très-bonne santé pendant plus d'une année elle éprouvait des éblouissements, des étourdissements et des accidents vertigineux qui rendaient parfois la chute imminente quand elle restait debout ou qu'elle se promenait. Mais ce qui lui causait le plus d'inquiétude, c'étaient certains troubles bizarres de la vue, dont elle ne se rendait pas compte et qui la prenaient subitement. Ainsi elle voyait souvent les objets doubles, juxtaposés ou superposés; d'autres fois ils lui semblaient plus éloignés ou plus rapprochés qu'ils ne l'étaient en réalité, ce qui la gênait considérablement et lui faisait faire souvent des faux pas, surtout quand elle avait à monter ou à descendre des escaliers. Ces derniers symptômes dépendaient évidemment d'un désordre survenu dans l'accommodation de l'œil. Ils n'étaient pas continus, mais revenaient fréquemment et coïncidaient presque toujours avec les accidents vertigineux. Quoiqu'il n'y eût aucun des phénomènes prodromiques les plus habituels de l'encéphalopathie syphilitique, c'est-à-dire ni insomnie, ni céphalée, ni perte de la mémoire, etc., je pensai tout de suite à une détermination de la syphilis sur le cerveau; je prescrivis donc de l'iodure de potassium à la dose de 3 ou 4 grammes par jour. Il fut très-bien toléré et peu à peu les accidents diminuèrent et disparurent après avoir persisté sous forme irrégulièrement intermittente et avec des alternatives variables, pendant quatre ou cinq semaines.

Le 10 novembre 1875, cette malade vint me consulter Je l'examinai avec le plus grand soin et je ne découvris chez elle aucune lésion apparente, aucun trouble fonctionnel pouvant être rattaché à la syphilis. Elle avait cessé depuis quelques jours de prendre de l'iodure de potassium. Je ne lui prescrivis aucun traitement spécifique.

IV

Tel était l'état des choses lorsque, le 19 décembre, la malade fut prise, sans cause appréciable, pendant qu'elle dînait dans sa famille, d'une espèce d'attaque avec perte de connaissance, pleurs abondants, sensation d'étouffement derrière le sternum, et d'une hémiplégie de la face et des membres du côté droit. Il paraît qu'elle revint à elle, puis qu'elle retomba et que trois attaques, séparées par un intervalle de quinze à vingt minutes environ, se reproduisirent dans la soirée. A minuit, elle eut une quatrième crise qui dura jusqu'à deux heures du matin et qui différa des autres en ce sens que, la connaissance revenue, il fut impossible à la malade d'articuler un mot. Il y avait donc en même temps *aphasie et hémiplégie droite*. Le seul prodrome qui eût été noté avant ces attaques, c'était une tendance au sommeil plutôt que de l'insomnie. Il n'avait existé ni céphalée, ni perte de la mémoire.

Outre les phénomènes sus-indiqués, il y eut aussi quelques mouvements désordonnés et comme convulsifs, mais sans contractions ni écume à la bouche. Comme ils ne se reproduisirent pas plus tard, ils n'ont peut-être pas l'importance que je fus tenté de leur attribuer de prime abord. Du reste, ce qui domina toujours dans l'ensemble phénoménal, ce furent l'aphasie et la parésie droite.

Le surlendemain, 21, on me conduisit cette malade. Elle marchait mal et avait peine à écrire. La force musculaire était un peu diminuée dans les deux membres du côté droit et l'hémiplégie faciale presque imperceptible. La parole n'était plus embarrassée et les facultés intellectuelles paraissaient intactes.

Je pensai d'abord qu'il s'agissait d'une attaque d'hystérie, bien que la malade n'en eût jamais éprouvé auparavant. Néanmoins, les troubles visuels et les accidents vertigineux qui lui étaient survenus au mois de décembre et qui avaient été si promptement guéris par l'iodure de potassium, me décidèrent à recourir de nouveau à ce spécifique, et j'en prescrivis 6 grammes à prendre dans les vingt-quatre heures.

Le 22 décembre (quatrième jour des attaques), je fus appelé auprès de cette dame. Je m'y rendis à une heure de l'après-midi. Elle avait eu deux attaques, la première à quatre heures et la deuxième à dix heures du matin; depuis une heure environ la seconde avait cessé et les traces en étaient encore visibles. Ainsi je constatai un affaissement prononcé de la joue droite et une déviation de la bouche du côté gauche. La langue avait conservé tous ses mouvements. La main droite serrait avec assez de force, mais les doigts étaient malhabiles et incapables de coudre et d'écrire. Quant au membre inférieur droit, il était encore faible; la malade aurait pu cependant se tenir debout et marcher en claudiquant un peu; comme elle se sentait très-mal à l'aise et courbaturée, elle gardait le lit. Pas de céphalalgie. Rien du côté des organes des sens. Mémoire très-nette. La parole était revenue et ne présentait en ce moment aucune altération.

Une circonstance très-importante, et sur laquelle j'appelle particulièrement votre attention, c'est que la sensibilité était intacte partout, même du côté de la parésie.

La malade me raconta ses deux attaques avec une grande précision. Voici comment les choses s'étaient passées :

Le matin, à trois heures, elle se réveilla sans mal de tête, mais avec des espèces de pandiculations et des crampes dans tous les membres; puis à quatre heures, à la suite de quelques soubresauts et de quelques douleurs crampoïdes du bras et de la jambe du côté droit, elle fut prise d'une paralysie de la face et des deux membres de ce même côté, sans convulsions, sans perte de connaissance, sans céphalalgie prodromique. Au même instant elle sentit qu'il lui était impossible d'articuler des mots; elle faisait de vains efforts pour parler et pour exprimer les pensées et les mots qui s'élaboraient dans son cerveau avec la même netteté qu'avant l'attaque. Toute la face était déviée à gauche. Le bras droit était devenu si inerte que la malade était obligée de le prendre et de le porter avec la main gauche pour le changer de place. Au bout d'une heure et demie de durée ces symptômes se dissipèrent et le sommeil revint.

La deuxième attaque fut caractérisée par les mêmes symptômes groupés de la même façon, c'est-à-dire par l'aphasie et l'hémiplégie droite. Elle se prolongea jusqu'à midi. Il fut impossible à la malade de m'écrire, et c'est une des personnes qui la veillaient qni s'en chargea. L'avant-veille, après la première crise, elle m'avait écrit quelques lignes, et bien que les mots fussent corrects, j'avais été frappé de leur changement graphique et de la difficulté matérielle et même morale, de l'espèce d'effort pénible qu'indiquaient les cinq ou six lignes de ce billet.

Le 24 décembre (sixième jour des attaques), je constatai un mieux considérable. Il ne restait plus aucune trace de l'hémiplégie faciale : les traits s'étaient relevés à droite et la bouche n'était plus déviée vers la gauche. Parole et écriture très-faciles. Le mouvement était à peu près revenu dans les deux membres droits; pourtant la jambe droite traînait encore un peu, ce qui causait un léger degré de claudication. Les objets qu'elle soulevait avec la main droite lui paraissaient plus lourds que lorsqu'elle les soulevaient avec la main gauche; enfin la résistance du sol était moins bien sentie par le pied droit que par le pied gauche. La sensibilité était intacte partout. Sommeil assez bon mais fréquemment interrompu. Mémoire intacte.

J'ai oublié de vous dire que dans la nuit du 22, la deuxième crise avait été précédée d'un vomissement, et qu'il y avait eu des nausées sans vomissements pendant vingt-quatre heures. La langue était sale, la bouche pâteuse, l'appétit nul; il existait évidemment un peu d'embarras gastrique. Les 6 grammes d'iodure de potassium donnés quotidiennement étaient très-bien tolérés. Aucune crise nouvelle n'était survenue.

V

Le 28 décembre (dixième jour des attaques), le mieux semblait si notoire que je fis diminuer de 2 grammes la dose quotidienne d'iodure de potassium. Tous les phénomènes de la parésie droite qui persistaient encore les jours précédents, à un faible degré il est vrai, avaient complétement disparu. Néanmoins le lendemain, vers deux heures de l'après-midi, des accidents vertigineux semblables à ceux du mois de septembre, mais un peu plus forts, se reproduisirent : la malade fut prise tout à coup, sans perte de connaissance, sans aphasie ni paralysie, d'éblouissements et de tournoiements de tête tels que tous les objets paraissaient danser autour d'elle et qu'il lui était impossible de se tenir debout. Pas d'insomnie ni de maux de tête.

Le 30 décembre (douzième jour des attaques), les accidents vertigineux, qui n'avaient duré que quelques heures la veille, revinrent également vers deux heures de l'après-midi avec la même intensité ; mais au lieu de se dissiper, ils furent accompagnés d'abord d'une certaine difficulté de parler, puis de balbutiement, de bégayement, d'une peine extrême à trouver les mots, de leur fausse adaptation, avec la conscience de ces désordres et une conception nette et mentalement formulée de tout ce qu'elle voulait et

ne pouvait dire. Cette aphasie typique se prolongea jusqu'à quatre heures. Du côté de la motilité il n'y eut rien qu'un peu d'engourdissement dans le bras droit pendant quelques minutes.

Après la cessation de l'aphasie, cette dame put sortir pour faire des emplettes; mais à cinq heures elle fut reprise d'une nouvelle attaque d'aphasie, également avec hémiplégie droite et sans aucun autre trouble nerveux. Elle en fut d'autant plus contrariée qu'elle avait plusieurs personnes à dîner. Pendant quatre heures l'aphasie persista avec diverses alternatives de mieux et de plus mal. Il n'y eut aucune perte de connaissance, aucun désordre psychique. La conversation des convives était parfaitement comprise; la malade y prenait part et y répondait mentalement, mais l'expression parlée des idées était impossible ; c'est à peine si elle pouvait lancer quelques mots de temps en temps, et encore n'exprimaient-ils pas toujours ce qu'elle voulait dire. Elle éprouvait en outre du dégoût pour les aliments s'élevant parfois jusqu'à la nausée. La sensibilité cutanée n'était pas altérée. Ni spasmes, ni convulsions.

Ce n'est qu'à neuf heures, c'est-à-dire au bout de quatre heures, que la parole revint. L'aphasie cessa brusquement comme elle avait commencé. Les nausées cessèrent aussi et la malade soupa avec appétit. Ce fut sa dernière attaque, du moins jusqu'à présent il ne lui en est pas revenu d'autre.

Le 31 décembre, la parole ne présentait absolument rien d'anormal et la malade me rendit très-bien compte de son état sans hésitation, sans aucun lapsus de la mémoire. La motilité et la sensibilité étaient exactement dans le même état normal à droite qu'à gauche, autant qu'on en pouvait juger par les divers modes d'exploration mis en usage. Aucune déviation des traits, contraction de la joue droite aussi prononcée que celle de la gauche dans les mouvements expressifs de la physionomie. On ne se serait jamais douté que cette dame avait eu la veille deux attaques d'aphasie. J'augmentai la dose d'iodure de potassium et j'en prescrivis de nouveau 6 grammes, comme lors de la première attaque. Je dois ajouter que la santé générale était assez bonne et qu'il n'existait aucune manifestation syphilitique à la surface de la peau.

VI

Voilà, messieurs, quel est le fait qui m'a déterminé à revenir sur un sujet dont je vous avais déjà parlé longuement. Vous voyez que malgré le développement considérable que je lui ai donné il est encore loin d'être épuisé.

Pour nous bien rendre compte des causes, de la nature et de la portée des phénomènes morbides, passons en revue et discutons les principales circonstances d'un pareil fait, et choisissons parmi toutes les hypothèses qui se présentent à l'esprit celle qui réunit en sa faveur la plus grande somme de probabilités.

A. — Quand il s'agit d'une femme et que cette femme présente des troubles névropathiques, il faut songer immédiatement à l'hystérie qui joue un si grand rôle dans la pathologie féminine. C'est pour l'avoir oublié, ou du moins pour n'en avoir pas assez tenu compte, qu'on a vu faire souvent des confusions regrettables, qu'on a vu attribuer, par exemple, à la syphilis des phénomènes nerveux qu'elle n'avait fait que susciter, etc. Je me tiens en garde contre une pareille illusion. Aussi ai-je cherché très-attentivement s'il n'existait pas dans le passé de la malade quelques manifestations plus ou moins évidentes de la diathèse nervosique; je n'en ai découvert aucun. Mais comme il y a commencement à tout, ce résultat négatif, bien qu'ayant quelque importance, n'était point décisif. J'ai donc poursuivi mes investigations dans tous les sens et je me suis assuré qu'en dehors de la syphilis il n'existait aucune maladie constitutionnelle à laquelle on pût rattacher ces accidents nerveux ou qui fût de nature à mettre en activité une disposition hystérique jusqu'alors latente.

Mais ces accidents ne pouvaient-ils pas tenir à une cause occasionnelle, à une indisposition passagère? C'est là un côté de l'étiologie que je n'ai point négligé. Je n'ai pas été plus heureux dans ces recherches que dans les autres, et je ne suis parvenu à saisir ni dans l'état physique et moral actuel, ni dans les fonctions menstruelles, ni dans les habitudes hygiéniques, aucune circonstance à laquelle on pût rattacher de près ou de loin ces attaques d'aphasie et d'hémiplégie droite; de telle sorte qu'après des éliminations successives j'ai été forcément conduit à rendre la syphilis responsable de ces accidents.

Cette hypothèse me semblait d'autant plus probable que deux mois auparavant la malade avait eu quelques troubles cérébraux dont l'origine ne me paraissait pas douteuse. Les éblouissements, les étourdissements, les vertiges et surtout les désordres du côté de l'accommodation visuelle survenus en septembre n'étaient-ils pas la conséquence d'une détermination, vague et fugace, il est vrai, mais réelle, de la syphilis sur le cerveau? Ne pouvait-on pas les regarder comme un prodrome de l'encéphalopathie actuelle, comme une sorte de transition entre les manifestations superficielles et les manifestations plus graves et plus profondes de la maladie constitutionnelle ?

B. — Mais de pareilles présomptions étaient insuffisantes pour asseoir le diagnostic sur des bases solides; il fallait chercher et trouver dans l'analyse des symptômes d'autres éléments de certitude.

Pendant les premières attaques, il s'était produit des phénomènes qui contrarient un peu l'hypothèse que je viens de formuler. Ainsi les pleurs, les spasmes respiratoires, les mouvements convulsifs, sont évidemment des symptômes hystériques ou hystériformes. Remarquez qu'ils ne durèrent pas, ils ne firent qu'exprimer momentanément l'action désordonnée que suscite toujours plus ou moins chez les femmes une violente surprise du cerveau par un acte pathologique quelconque. Je suis loin de méconnaître la valeur de leur signification. Je l'exagérai même en supposant d'abord qu'il ne s'agissait dans ce cas que d'une de ces nombreuses névropathies protéiformes de l'hystérie. Je ne tardai pas à revenir de cette première impression quand je vis que les spasmes ne se renouvelaient pas et que le groupe symptomatique constitué par l'aphasie et l'hémiplégie droite se reproduisait constamment.

Vous m'objecterez sans doute que l'hystérie cause souvent des parésies, et en particulier l'hémiplégie. C'est vrai, et je

vais vous dire dans quelle proportion les divers muscles du corps en sont atteints chez les hystériques. J'emprunte ces statistiques à un des livres qui font le plus d'honneur à la médecine moderne, au remarquable traité de M. Briquet sur l'hystérie.

« D'après mes relevés, dit ce savant médecin, les muscles ont été intéressés dans l'ordre suivant :

» La paralysie a frappé les muscles principaux du tronc et ceux des quatre membres chez 6 malades ; ceux des membres du côté gauche, chez 46 ; ceux des membres du côté droit, chez 14 ; ceux des deux membres supérieurs seulement, chez 5 ; ceux du membre supérieur gauche, chez 7 ; ceux du membre supérieur droit, chez 2 ; ceux des deux membres inférieurs, chez 18 ; ceux du membre inférieur gauche, chez 4 ; ceux des pieds et des mains, chez 2 ; ceux de la face, chez 6 ; ceux du larynx, chez 3 ; le diaphragme, chez 2. »

D'un autre côté, Landouzy avait vu la paralysie générale chez 3 malades, et l'hémiplégie chez 14 ; 18 fois la paralysie siégeait à gauche ; dans les autres cas le côté affecté n'avait pas été indiqué ; chez 9 il y avait de la paraplégie.

« D'après ce tableau, ajoute M. Briquet, on voit : 1° que l'affaiblissement des muscles de l'un des côtés du corps, l'hémiplégie hystérique, est extrêmement commune, puisqu'on la trouve chez la sixième partie des hystériques ; 2° *qu'elle est trois fois plus fréquente à gauche qu'à droite ;* 3° que la paralysie est cinq fois plus fréquente aux membres inférieurs qu'aux supérieurs ; 4° qu'enfin elle *attaque très-rarement les muscles de la face.* »

Vous voyez, messieurs, que notre cas s'éloigne des cas les plus typiques et les plus fréquents de la paralysie hystérique, puisque : 1° il existait une hémiplégie faciale ; 2° l'hémiplégie siégeait à droite ; 3° la parésie était plus prononcée dans le membre supérieur que dans le membre inférieur. Il est extrêmement probable que si l'hystérie avait déterminé des phénomènes paralytiques chez cette femme, il y aurait eu une

hémiplégie à gauche avec parésie plus accusée dans la jambe que dans le bras (1) et que les muscles de la face n'auraient pas été atteints. Voilà donc un premier argument qu'on peut invoquer contre l'origine hystérique de l'affection.

Ce n'est pas le seul, et en voici quelques autres qui ont au moins autant de valeur, sinon plus, que celui qui nous est fourni par les statistiques.

Vous savez combien l'anesthésie est commune chez les hystériques ; elle accompagne presque tous les autres accidents. « L'hémiplégie hystérique est presque toujours accompagnée, dit M. Briquet, non-seulement de l'anesthésie de la peau du membre paralysé, mais encore de l'anesthésie des muscles paralysés, et dans certains cas l'anesthésie a été jusqu'à frapper le périoste et les os; dans le plus grand nombre de ces cas, les organes des sens étaient anesthésiés du même côté que celui dans lequel résidait la paralysie ; quelquefois il y avait eu de la rétention d'urine... Dans l'hémiplégie par lésion matérielle, il y a déviation de la bouche, chute des paupières, paralysie d'un des côtés de la face, point d'anesthésie de la peau ni des sens, perte toujours considérable du mouvement, et plus tard l'atrophie des membres. »

Chez notre malade, la sensibilité était à peu près intacte. Or, d'après ce que vous venez de voir, il est peu probable que la peau n'eût pas été atteinte par la paralysie encore plus que les muscles, si l'hémiplégie avait été hystérique. Cette absence d'anesthésie cutanée est donc un fait considérable au point de vue du diagnostic, et c'est pour cela que j'avais attiré votre attention sur lui en vous décrivant les phénomènes qui avaient caractérisé les attaques.

Je ne pense pas non plus que dans l'hystérie le groupe

(1) « La paralysie, dit M. Briquet, avait le plus souvent commencé par affecter le membre inférieur ; cependant chez 6 malades elle avait débuté par le membre supérieur. L'affaiblissement avait toujours porté bien plus sur le membre inférieur que sur le supérieur. Il arrive souvent que les malades ne peuvent marcher qu'à l'aide d'une béquille, tandis qu'ils se servent encore assez adroitement de leur membre supérieur. »

symptomatique constitué par l'aphasie et l'hémiplégie droite se formule jamais d'une façon aussi nette et aussi persistante que dans les encéphalopathies de cause organique. Il est possible qu'il en existe des exemples, mais je n'en connais pas et je n'en ai trouvé aucun dans le livre si riche en observations curieuses et extraordinaires de mon vénérable maître M. le docteur Briquet.

Les troubles du langage ne sont pas rares dans les affections hystériques, mais ces troubles consistent plutôt en une aberration qu'en une paralysie de la parole. Certaines malades, par exemple, tiendront malgré elles des propos incohérents ou prononceront invinciblement des mots obscènes ou injurieux qui seront pour ainsi dire inconscients, tout à fait en dehors de leurs habitudes et même de la conception actuelle de leur cerveau. Il y a là évidemment quelque chose qui se rapproche de l'aphasie ; mais ce n'est pas l'aphasie véritable avec l'embarras ou l'impossibilité de trouver les mots. Ce symptôme, du reste, n'occupe qu'une place insignifiante dans la symptomatologie de l'hystérie. M. Briquet ne l'a pas signalé ; et, parmi les nombreux cas d'aphasie si pittoresquement décrits par le professeur Trousseau, il n'en est aucun que cet illustre médecin rapporte à l'affection hystérique. Pour lui, l'aphasie est produite, dans la presque universalité des cas, par une lésion matérielle des lobes frontaux.

De cette longue discussion que devons-nous conclure au point de vue du diagnostic ? Il me semble, messieurs, qu'il est logique d'en conclure que malgré les quelques apparences hystériformes du début, l'aphasie et l'hémiplégie droite dont notre malade a présenté plusieurs attaques, étaient produites par une détermination probablement congestive sur les lobes antérieurs, et en particulier sur le lobe antérieur du côté gauche. Or, comme cette malade était manifestement syphilitique, il est logique en outre d'en conclure que les phénomènes paralytiques intermittents procédaient d'une encéphalopathie de même nature.

VII

Ce point capital du diagnostic étant établi, il me resterait à rechercher par quelle lésion la syphilis a atteint le cerveau, où était placée cette lésion et quels en étaient la structure et le point de départ. Eh bien, je ne pourrais faire que des hypothèses, et je vous les épargnerai pour plusieurs raisons : la première, c'est que cette lésion, en admettant qu'elle s'est produite, a été trop fugace pour laisser des traces persistantes ; la seconde, c'est que je ne pourrais que vous répéter, avec encore plus de timidité et de restrictions, ce que je vous ai déjà dit à ce sujet dans ma première leçon.

Je n'irai donc pas plus avant dans l'étude du diagnostic et je terminerai par quelques considérations sur le processus, le pronostic et le traitement.

A. — Il est évident que le côté le plus curieux et le plus original de cette encéphalopathie syphilitique c'est l'intermittence. Ceux qui ne veulent pas l'admettre ou qui ne croient pas qu'elle soit si complète dans les lésions matérielles du cerveau, en feront peut-être un argument contre la nature syphilitique de l'affection, et n'y verront qu'un des nombreux masques dont s'affuble si fréquemment l'hystérie. Mais je leur répondrai par l'histoire de mon premier malade : chez lui, la nature syphilitique de l'encéphalopathie n'était pas douteuse, et pourtant, pendant plus d'un mois, elle ne s'est traduite que par des attaques répétées d'aphasie et d'hémiplégie droite avec un retour complet du cerveau à son fonctionnement normal, jusqu'au moment où, par suite du développement de la lésion, la continuité a fait place à l'intermittence.

Il est donc démontré que dans certaines encéphalopathies syphilitiques le processus peut être parfaitement intermittent, et c'est avec la plus entière conviction que je vous en donne ce fait comme un nouvel exemple.

Vous avez sans doute remarqué que dans cette encé-

phalopathie syphilitique le processus n'a pas été identique à lui-même dans toutes les phases de sa courte durée. Son début a été signalé par une explosion insolite de phénomènes nerveux ataxiques, dans lesquels le spasme et les convulsions cloniques semblaient prédominer. Mais, derrière ce premier plan et dissimulé par lui, se cachait le groupe symptomatique essentiel, constitué par l'aphasie et par l'hémiplégie droite de la face et des membres. C'est ce groupe symptomatique qui a été l'expression réelle de l'encéphalopathie ; il a persisté à un faible degré dans l'intervalle des attaques, puis il est revenu, et dans la seconde crise il s'est montré seul et sans l'accompagnement des désordres hystériformes du début.

Pendant la dernière crise, composée de deux attaques, il n'est survenu que de l'aphasie. La motilité du côté droit n'a pas été touchée ; elle est restée intacte, sauf dans le bras droit, qui a été le siége d'un engourdissement de quelques minutes. Cette disparition de l'élément hémiplégique ne pouvait être considérée que comme un signe favorable. N'indiquait-elle pas, en effet, que le raptus hyperhémique s'effectuait dans une étendue moins considérable du lobe antérieur gauche du cerveau ; qu'elle se circonscrivait dans les circonvolutions postérieures ; qu'elle avait abandonné le lobule de l'insula et la partie extérieure de la substance grise du corps strié ? On a remarqué depuis longtemps que les aphasies sans accidents hémiplégiques sont généralement beaucoup moins graves que les aphasies accompagnées d'une parésie des muscles de la face ou des membres. Notre cas vient à l'appui de cette manière de voir, puisque les attaques ne se sont pas reproduites depuis les deux dernières, qui étaient exclusivement constituées par l'aphasie.

B. — Ce que je vous ai dit au sujet du pronostic de l'aphasie et de l'hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente se trouve confirmé par le fait actuel. L'intermittence complète indique en général une lésion moins grave que la continuité. Croyez bien, en effet, que ce n'est pas un médiocre avantage

pour des organes lésés d'une façon quelconque de pouvoir récupérer au bout de quelque temps l'intégrité de leur structure, ou du moins d'en approcher assez pour permettre à leurs fonctions de s'accomplir comme à l'état normal. Un pareil fait serait-il possible si les éléments actifs, si les cellules spéciales de l'organe avaient subi une atteinte profonde dans leur nutrition? Tout au plus doit-on supposer que leur irrigation sanguine est plus ou moins perturbée. C'est par la surabondance des ondées qui envahissent leur gangue de tissu conjonctif, qu'ils sont momentanément opprimés. Mais le reflux succède au flux, et il lui succède d'ordinaire tant que le travail morbide ne fait pas passer la lésion de la phase vasculaire à la phase cellulaire. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans des considérations de pathologie générale sur la grande question de l'intermittence et de la continuité des lésions et des symptômes. Je vous en ai déjà dit quelques mots. Qu'il me suffise d'arrêter votre attention sur la bénignité relative du pronostic qu'implique dans la plupart des cas l'intermittence.

Mais cette intermittence ne persiste pas indéfiniment, surtout quand il s'agit d'affections syphilitiques du cerveau. Que les symptômes soient paralytiques ou convulsifs et épileptiformes, la continuité remplace tôt ou tard l'intermittence. Les attaques se rapprochent, deviennent plus longues et subintrantes; il n'y a plus que des rémissions, et enfin on tombe peu à peu dans les troubles fonctionnels fixes, persistants, sans autres modifications dans leurs processus que celles qui se produisent à la longue en bien ou en mal, tant que la maladie n'a pas abouti à une infirmité irrémédiable.

C. — J'ai agi sans hésitation et avec énergie dès le début, le lendemain de la première crise. Je n'étais pas encore très-édifié sur le diagnostic ; mais comme il y avait beaucoup de probabilités en faveur de la syphilis, j'ai prescrit tout de suite l'iodure de potassium, et j'en ai porté d'emblée la dose à 6 grammes. Ils ont été très-bien tolérés et n'ont entraîné

aucun de ces troubles physiologiques du côté de la conjonctive et de la muqueuse pharyngo-nasale, qui sont intolérables pour quelques malades.

Voilà huit jours que la dernière crise a eu lieu. Depuis, la malade s'est bien portée, et il ne lui est survenu aucune attaque nouvelle. J'espère que ces troubles encéphalopathiques ne se reproduiront pas. Dans la crainte qu'il n'en soit pas ainsi, je persiste à faire prendre des doses élevées d'iodure. Au bout de quelques jours, si la guérison s'affirme de plus en plus, je diminuerai progressivement la quantité du spécifique, puis je le suspendrai, quitte à le reprendre au moindre retour des accidents. Il est fort difficile de savoir si la guérison ou l'amélioration dépend de lui seul. Toujours est-il que dans les deux circonstances où il a été donné, en septembre, contre les vertiges et les troubles d'accommodation visuelle, deux mois et demi après, en décembre, contre les attaques d'aphasie et d'hémiplégie droite, le processus morbide s'est arrêté. Sans doute ce processus n'était encore qu'à l'état d'ébauche; mais rien ne nous démontre qu'il s'en fût tenu là; et, si le succès a suivi l'administration d'un médicament aussi éprouvé que l'iodure, pourquoi le lui contesterions-nous?

J'espère qu'aucune rechute (1) ne viendra compromettre ce

(1) La malade s'était bien portée depuis sa dernière attaque ; elle avait cessé depuis longtemps toute médication, lorsque le 13 octobre 1876 (sixième année de la syphilis), elle éprouva pendant deux mois des sensations bizarres qui lui parcouraient tout le corps des pieds à la tête ; elle avait aussi des obnubilations, des étourdissements, des vertiges, de la difficulté à se tenir debout et à marcher. Au bout de 36 heures, elle fut prise en outre d'une grande difficulté de s'exprimer, et le membre supérieur droit devint faible et malhabile. Ces accidents disparurent peu à peu ; l'aphasie ne dura que trois jours, mais la paralysie du bras persista jusque dans les premiers jours de novembre. Le 8 de ce mois-là, elle m'écrivait une lettre très-tremblée, mais lisible et correcte.

Le 25 novembre, la faiblesse du bras droit continuait, avec engourdissement du médius et de l'annulaire; — pas de déviation de la face; — pas d'aphasie (prend de l'iodure de potassium depuis cette dernière attaque).

Le 8 février 1877, éblouissements, puis aphasie de 4 à 7 heures du soir, sans perte de connaissance, ni paralysie du côté droit. — Deuxième crise à 8 heures du soir. Pas de maux tête, sommeil excellent. Le lendemain, plus rien au réveil.

Depuis cette époque Madame X... éprouve quelquefois des tressaillements musculaires, une espèce de tic dans le côté droit de la face. Elle a eu aussi des crampes dans la jambe et dans le bras du même côté, et même quelques contractures passagères dans les muscles du cou et de l'épaule, qui rapprochaient ces deux régions par

succès. S'il survenait quelque incident de nature à vous intéresser, je ne manquerais pas de vous en faire part.

saccades épileptiformes. — Pas de vomissements. Sensibilité intacte. Pas de troubles psychiques. — Aucune manifestation syphilitique nouvelle.

Ces troubles de la contractilité musculaire ont disparu en mars, et n'étaient pas revenus à la fin d'avril. Santé générale assez bonne. Embonpoint prononcé depuis un an.

Faut-il attribuer ces accidents bizarres, ces attaques fugaces d'aphasie et d'hémiplégie droite à la syphilis ou à l'hystérie ? Les raisons que j'ai exposées en faveur de la syphilis sont toujours valables, et je crois qu'on peut l'invoquer pour juger la généralité des cas. Mais, chez les femmes, chaque fois qu'il survient quelque chose d'insolite il faut songer à l'hystérie. Jamais la malade n'a eu d'attaques de cette névrose, ni rien qui pût s'y rapporter, sauf peut-être les crises que je viens de décrire. Un diagnostic absolu me semble impossible. Le lecteur sera sans doute aussi embarrassé que moi, à moins qu'il n'ait vu quelquefois l'hystérie se formuler d'une façon exactement semblable au cas que j'ai décrit. Pour ma part, je n'en connais pas d'exemple. Peut-être en existe-t-il. Je ne ferais alors aucune difficulté pour rattacher l'aphasie et l'hémiplégie droite intermittentes de madame X... à l'hystérie plutôt qu'à la syphilis.

LOCALISATIONS

DE LA

SYPHILOSE CORTICALE DU CERVEAU

—

APHASIE ET HÉMIPLÉGIE DROITE SYPHILITIQUES

A FORME INTERMITTENTE

TROISIÈME LEÇON

Messieurs, je vais revenir aujourd'hui sur quelques points de la pathologie syphilitique du cerveau dont je vous ai déjà entretenu à deux reprises différentes, en novembre 1875 et au commencement de cette année. Plusieurs d'entre vous ont pu voir et étudier l'un des malades qui ont fait l'objet de mes deux premières leçons sur l'*aphasie et l'hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente.* Il a été obligé de rentrer dans mon service, et, malheureusement pour lui, j'aurai encore à vous parler de son état qui est loin de s'être amélioré. Vous avez pu constater en effet, tout à l'heure, que le cerveau de ce pauvre homme fonctionne infiniment plus mal que l'année dernière. C'est à peine s'il peut articuler quelques mots, et encore a-t-on peine à les comprendre. Il porte sur sa face l'empreinte de cette hébétude qu'on observe dans toutes les encéphalopathies, qui ont frappé d'une décadence irrémédiable les facultés intellectuelles. Il est visible que chez lui les phénomènes de l'ordre psychique sont même tombés au-dessous du niveau où sont descendues presque toutes les fonctions nerveuses.

Et pourtant, à la fin de décembre, quand ce malade quitta mon service, vous vous rappelez qu'il était dans une situation relativement bonne. Il venait d'éprouver une troisième attaque assez sérieuse d'aphasie et d'hémiplégie droite, mais elle n'avait eu qu'une durée de six ou sept jours ; et la rapidité avec laquelle avaient disparu tous les accidents cérébraux semblait indiquer que si la lésion morbide intra-crânienne persistait encore, elle n'irradiait autour d'elle que des fusées hyperhémiques incapables pour le moment d'entraîner une destruction de la pulpe cérébrale assez profonde pour abolir d'une façon définitive l'usage de la parole et la motilité dans les membres du côté droit.

Rien n'est plus instructif et plus utile pour l'étude des maladies constitutionnelles que l'observation de la même individualité morbide poursuivie à travers toutes les phases de son évolution. Remarquez, en effet, messieurs, que l'ensemble, le groupement, la succession des phénomènes ont une importance autrement considérable au point de vue théorique et pratique si on les constate chez les mêmes malades, que si on les prend çà et là chez des malades différents pour construire, pièce à pièce et par un ajustement toujours plus ou moins artificiel, le processus général de l'affection. Il est facile dans les hôpitaux de constater jour par jour la marche des maladies aiguës accidentelles, depuis leur début jusqu'à leur terminaison ; mais il n'en est plus de même pour les maladies chroniques et constitutionnelles. Elles embrassent une durée trop longue de la vie des patients pour que dans le va-et-vient, la confusion et le pêle-mêle des grandes villes, une ou plusieurs de leurs atteintes ne nous échappent pas. Il faut donc profiter des occasions trop rares qui se présentent de soumettre à une investigation clinique faite à loisir et rigoureusement les diverses étapes de la même affection chez le même individu ; et c'est parce que je suis persuadé que les longues histoires pathologiques sont d'une importance capitale en médecine que je reprends celle de notre malade au point où nous l'avons laissée le 7 janvier dernier.

PREMIÈRE PARTIE

I

Lors de sa rentrée dans mes salles, le 21 mars 1876, cet homme était dans un état physique et mental vraiment digne de pitié. Il ne répondait à nos questions que par des pleurs, des gémissements et des sanglots; il salivait abondamment, traînait la jambe droite, se servait encore de son bras droit mais avec maladresse, et présentait dans tout son être la faiblesse, l'imbécillité, la déchéance inconsciente ou vaguement perçue de toutes les facultés, qu'on observe dans les phases avancées du ramollissement cérébral. Il était incapable de prononcer un seul mot; il remuait lentement la langue; les lèvres semblaient avoir perdu leur tonicité et restaient écartées l'une de l'autre; il ne sortait de sa bouche que quelques sons bredouillés et inarticulés où il était impossible de démêler la moindre expression de la pensée. Pourtant la pensée n'était pas complétement absente, mais ce qu'en pouvait fournir le cerveau était enfermé dans les limites les plus étroites, ne sortait pas des notions usuelles et paraissait instinctif et machinal plutôt que spontanément conçu.

Quand on lui mit une plume entre les mains, il parvint à écrire avec la plus grande difficulté *M. le docteur*, puis, après diverses questions : *Je ne souffre pas.* J'ai fait conserver les échantillons de son écriture depuis son entrée, et vous pourrez juger de ce qu'elle était alors et de ce qu'elle est aujourd'hui. Vous verrez que l'expression écrite de la pensée était et est restée à peu près aussi imparfaite que l'expression par la parole.

II

Que s'était-il passé entre le jour de sa sortie et celui de sa rentrée? Voici ce que m'a raconté sa mère :

Au mois de janvier il allait très-bien. Le langage était

revenu presque à son état naturel, ainsi que les idées. On n'aurait jamais supposé que le cerveau avait subi peu de temps auparavant tant de rudes secousses. La seule chose qui empêchât le malade de reprendre ses occupations de greffier, c'était la faiblesse ou plutôt la maladresse de sa main, qui ne lui permettait pas encore de faire la besogne courante des expéditions.

Cet état de choses, qui faisait espérer une guérison complète et prochaine, se prolongea jusqu'au 21 février. La phase d'intermission fut donc d'une durée de six à sept semaines environ; aucune attaque, ni même aucune menace d'attaque n'en interrompit la continuité. Mais, vers la fin de février, les yeux devinrent un peu hagards et le caractère changea. Le jour du mardi-gras ce changement de caractère se traduisit par des actes de violence : sa mère lui ayant fait quelques observations insignifiantes, il se précipita sur elle, la prit à la gorge d'une main et de l'autre tenta de lui fermer la bouche et le nez pour l'étouffer, disant qu'il voulait en finir avec elle. Cet accès de folie furieuse, dont les conséquences furent empêchées à temps, fut suivi de plusieurs autres dans la même journée, mais sans voies de fait. A midi il fut pris de vomissements et d'une grande anxiété respiratoire sans perte de la parole. Le soir il tomba, en dînant, et ne parvint à s'exprimer qu'avec la plus grande difficulté. Le lendemain on ne le comprenait plus du tout; le langage était complétement aboli.

Cependant la motilité ne paraissait avoir souffert de cette attaque dans aucune partie du corps, et il ne s'était produit ni des phénomènes paralytiques, ni des phénomènes convulsifs. Au plus fort du raptus congestif, accompagné d'une fièvre véhémente, la résolution musculaire avait été générale, mais elle ne dura pas longtemps. Néanmoins les phénomènes de compression et d'excitation cérébrales n'ayant pas cessé de se manifester sous diverses formes pendant les vingt-quatre heures qui suivirent le premier accès, on fit une application de sangsues à l'anus. Le lendemain on administra

des calmants; enfin le samedi, pour dégager son cerveau, on eut recours à un moyen cruellement bizarre : on lui fourra les pieds dans le ventre de deux pigeons ouverts tout vivants. Sa mère n'ose pas avouer que ce moyen fut héroïque; au fond elle en est convaincue, car elle affirme d'une façon significative que la fièvre tomba le lendemain et que la congestion fut arrêtée comme par enchantement.

III

Quoi qu'il en soit, si les phénomènes les plus menaçants disparurent, l'aphasie n'en persista pas moins presque aussi absolue que pendant l'attaque. A peine le malade parvenait-il à se faire comprendre par signes. Il urinait et allait sous lui. La déglutition était fort difficile, et une salive visqueuse s'écoulait sans cesse de la bouche, quoique aucune préparation hydrargyrique n'eût été administrée depuis longtemps.

Pendant les huit ou dix premiers jours de mars sa situation s'améliora un peu et il commença à manger des substances solides. Puis il quitta le lit vers le 15, et l'on put s'assurer, en le voyant marcher sans trop de claudication, que la motilité dans le côté droit n'avait pas été atteinte et était restée à peu près au même degré de parésie qu'avant la crise.

Les accès de fureur ne revinrent plus, mais l'état mental, après la phase d'excitation, était tombé si bas que la plus faible émotion faisait couler des pleurs ou éclater des sanglots. Quelques lueurs de souvenir lui retracèrent son attentat contre sa mère et suscitèrent, dans ce qui lui restait de conscience, le regret ou le remords de sa faute, car à plusieurs reprises, quand il fut un peu en possession de lui-même, il mima du mieux qu'il put son repentir.

IV

Dès que ce malade fut entré dans mon service, je lui fis prendre 4, puis 6 grammes d'iodure de potassium, et on lui

appliqua un séton à la nuque. Au bout de sept ou huit jours cette médication, aidée de quelques purgatifs légers, du repos et d'une bonne hygiène, eut pour résultat d'amender le trouble profond des fonctions psychiques qui se traduisait par les pleurs incessants de la cérébromalacie. L'intelligence sortit un peu de sa torpeur; le regard devint moins effaré et moins stupide; la compréhension était moins difficile; et, aux questions qu'on lui adressait, on parvenait quelquefois à lire sur sa physionomie la réponse telle qu'il la pensait. La mimique aussi était meilleure. Quant à l'embarras de la parole, il était presque aussi grand qu'au début, et toute l'amélioration obtenue de ce côté-là se bornait à cinq ou six mots dont il ébauchait vaguement l'articulation dans ses bons moments.

Je vous ai dit, messieurs, que cet homme lors de son entrée salivait incessamment. On aurait pu penser au début qu'un pareil fait était accidentel et qu'il serait transitoire. Mais il est arrivé que loin de diminuer cet écoulement de salive a augmenté et a pris de telles proportions que le malade est obligé d'avoir toujours un linge sous le menton pour préserver ses vêtements. La salive ainsi rendue est épaisse, visqueuse, filante et inodore; la muqueuse buccale est saine, on ne découvre sur aucun point de son étendue les rougeurs, les ulcérations ou les fausses membranes qui sont propres à la stomatite mercurielle. Au niveau de l'isthme du gosier la salive se concrète en viscosités qui tapissent les piliers antérieurs.

Une autre circonstance ne tarda pas à nous frapper. On parlait sans cesse de l'appétit vorace de cet homme; les infirmiers, qui lui donnaient du pain, racontaient qu'il ne faisait que manger toute la journée. Je crus d'abord qu'il était atteint de boulimie. C'est une névrose stomacale qui n'est pas très-rare dans le cours de la syphilis, surtout pendant la convalescence des premières poussées, lorsqu'elles ont été sévères. Mais, en y regardant de plus près, je ne tardai pas à m'apercevoir que si le malade mastiquait toute la journée,

que s'il avait la bouche toujours pleine, les aliments ainsi brassés dans la cavité buccale y restaient, et qu'il avait la plus grande difficulté à en avaler de temps en temps quelques bouchées. Et encore pour vaincre cette difficulté de la déglutition était-il obligé de boire incessamment, ce qu'il ne pouvait faire qu'avec un biberon muni d'un long bec qu'il introduisait jusqu'au fond du pharynx. Dès lors je me rendis compte de la salivation: si la salive s'écoulait en dehors de la cavité buccale, si elle s'accumulait et se concrétait sur les parois de l'isthme, c'est qu'elle ne pouvait pas être avalée.

Les lèvres restaient écartées et l'inférieure était habituellement pendante. Elles pouvaient cependant être rapprochées par un effort de la volonté. Toute la partie inférieure de la face était frappée d'une sorte d'inertie musculaire qui contrastait avec la mobilité conservée dans la partie supérieure.

La langue aussi se mouvait difficilement; on ne pouvait pas dire qu'elle fût paralysée, mais il était visible qu'elle ne fonctionnait pas comme à l'état normal et que sa torpeur et sa maladresse, se combinant avec la demi-parésie des lèvres, étaient une des causes des troubles du langage, de la mastication et de la déglutition.

V

Ainsi le mode symptomatique de l'encéphalopathie a subi de grands changements à la suite de cette dernière attaque ; et cette dernière attaque elle-même a grandement différé des premières : elle a été beaucoup plus diffuse, plus profonde ; le raptus hyperhémique si violent qui a signalé son invasion, a absolument enlevé au malade, pendant deux ou trois jours, la possession de lui-même et l'a jeté dans des accès de folie furieuse; puis, quand il est revenu à lui, l'usage de la parole n'était plus possible. Il salivait sans cesse, n'avalait que très-difficilement, ne pouvait retenir ni ses urines, ni ses matières fécales, et présentait dans toutes les parties du corps un affaissement musculaire voisin de la parésie.

Remarquez que ces nouveaux accidents nerveux n'étaient pas l'exagération des premiers. Ils s'étaient superposés à eux de façon à constituer une nouvelle affection, différente de la première par son étendue, son expression phénoménale et son processus. Dans la première détermination de la syphilis sur l'encéphale, l'aphasie était typique ; elle provenait d'une lésion des foyers du cerveau où s'élabore la parole ; le mécanisme du langage était resté intact. L'aphasie était associée avec l'hémiplégie droite, comme c'est la règle; et, de cette association, résultait un groupe bien défini de troubles cérébraux, dont la signification physio-pathologique est une des mieux établies et des moins obscures parmi tant d'autres plus ou moins hypothétiques. Cette encéphalopathie n'était devenue permanente qu'après une série d'attaques intermittentes. C'était là son côté original.

Maintenant tout est changé. Depuis ce dernier raptus hyperhémique, inflammatoire ou autre, les troubles nerveux sont symétriques, c'est-à-dire aussi prononcés d'un côté que de l'autre ; ils sont répandus çà et là, disséminés sur tout le système musculaire. Vous les voyez aux deux extrémités du tube digestif : en haut ils mettent obstacle à l'entrée des aliments ; en bas ils ne s'opposent pas assez à la sortie des matières fécales, puisqu'il y a de temps en temps des évacuations involontaires. Aucun des membres n'est spécialement paralysé ; mais dans tous pourtant la force musculaire est atteinte, et elle l'est surtout par la manière dont la met en action la faculté centrale qui la dirige. Si la parésie est plus prononcée à droite qu'à gauche, ce n'est pas que l'hémisphère gauche ait été plus frappé que le droit dans cette dernière attaque. Cette parésie n'est qu'un reliquat de la première encéphalopathie ; elle n'a ni augmenté ni diminué.

Pour que vous puissiez plus facilement me suivre dans la description de ce désordre symptomatique, je récapitule en quelques mots ce que je vous ai dit jusqu'ici :

1° En pleine convalescence, et même après la guérison

d'une aphasie et d'une hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente, nouvelle attaque d'encéphalopathie sous forme de raptus cérébral d'une violence extrême et avec accès de folie furieuse.

2° Affaiblissement symétrique et diffus de tout le système musculaire, plus prononcé cependant aux deux extrémités du tube digestif.

3° Salivation, difficulté de la déglutition et embarras dans le mécanisme de la parole.

4° Incontinence stercorale et urinaire.

5° Au début, trouble profond et perversion momentanée des facultés morales et intellectuelles, puis dépression, faiblesse, imbécillité de toutes les facultés psychiques.

6° Conservation de la sensibilité; intégrité des fonctions plastiques.

7° Absence de toute manifestation syphilitique autre que l'encéphalopathie. La dernière attaque est survenue vingt-six mois après l'apparition du chancre infectant.

VI

Je vais maintenant analyser d'une manière plus précise les phénomènes morbides, les serrer de plus près, et chercher quelle est la lésion qui les a pu produire. Cette tâche n'est pas facile, je vous le dis d'avance. Aussi n'attendez pas de moi un diagnostic positif, absolu. Je me contenterai de vous exposer les hypothèses les moins improbables.

Mais auparavant je veux vous parler du processus des phénomènes, afin de n'avoir plus à y revenir. Vous savez que c'est là l'objet principal et le titre de ces leçons. Dans les deux premières, j'ai fait ressortir ce qu'il y avait de particulier et d'inattendu dans la marche intermittente d'une encéphalopathie, dont une lésion fixe était incontestablement la cause matérielle. Ici rien de pareil n'a eu lieu ; l'attaque principale n'a point été précédée de petites attaques prémonitoires, tout au plus y a-t-il eu quelques phénomènes prodromiques ; puis est

survenue la violente congestion cérébrale qui a jeté le malade au travers des nouveaux dangers de cette deuxième encéphalopathie syphilitique. Dans la marche générale de cette affection, il faut distinguer deux phases, depuis le début jusqu'au moment actuel.

La première phase, ou phase hyperhémique, n'a pas été observée par moi. Il paraît qu'elle a duré trois ou quatre jours. Le malade n'avait pas conscience de lui-même, divaguait, se livrait même à des actes délirants. Y avait-il déjà aphasie, parésie musculaire, etc.? C'est ce que je ne puis vous dire. Il est probable qu'au milieu de ce tumulte symptomatique produit par l'excitation congestive du cerveau, il eût été assez malaisé d'analyser les phénomènes, de mettre chacun d'eux à sa vraie place et de lui attribuer sa signification avec quelque chance de ne pas se tromper.

La deuxième phase a commencé aussitôt après la première, c'est celle que vous avez pu observer depuis l'entrée du malade dans mes salles. Entre ces deux phases il n'y a eu aucune discontinuité, aucune intermittence. Les phénomènes d'excitation ont cessé assez brusquement, le malade a repris possession de lui-même, il n'a plus déliré; mais, au sortir de la crise, il s'est trouvé dans cet état de torpeur, d'hébétude et de paralysie dont nous n'avons pu parvenir à le tirer, malgré la médication énergique qui a été employée.

Vous voyez donc, messieurs, que cette fois du premier coup les phénomènes encéphalopathiques ont été portés à leur summum. Il n'y a pas eu progression par saccades et par accès de plus en plus violents, avec des périodes d'accalmie complète ou incomplète, générale ou partielle. Non, l'intermittence, dans l'acception rigoureuse du mot, a fait absolument défaut, pour tous les phénomènes pris dans leur ensemble en tant que maladie unique, et même pour chacun d'eux envisagé à part et abstraction faite de la solidarité fonctionnelle ou diathésique qui existe entre les manifestations diverses d'un même état morbide.

Ce n'est pas à dire pour cela que ces phénomènes soient

toujours restés jusqu'ici au même degré d'une façon permanente et sans aucune variation. On n'observe jamais une pareille continuité, même dans les symptômes des lésions les plus fixes. Si immobilisé que soit le processus, il y a généralement quelques fluctuations qui s'accusent par des alternatives de mieux ou de plus mal. La plupart du temps nous ne pouvons pas nous en rendre compte; à plus forte raison est-il impossible de déterminer les lois qui président à ces changements irréguliers. A propos de l'aphasie et de l'hémiplégie droite d'origine syphilitique, je l'avais déjà observé et signalé; et, au sujet d'un malade atteint d'une encéphalopathie syphilitique des plus complexes et des plus curieuses, j'écrivais, en 1875 : « Tous les symptômes de l'encéphalopathie sont plus prononcés le soir que le matin; leurs variations constituent de plus en plus un de leurs caractères prédominants. L'aphasie en offre l'exemple le plus remarquable. Quelquefois l'embarras de la parole est tel qu'on n'entend plus qu'un bredouillement indistinct et incompréhensible; d'autres fois il y a du bégayement et de la difficulté à trouver les mots; enfin parfois, mais rarement, l'émission des mots se fait, comme son et comme sens, dans des conditions presque normales... » (*Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux*, in *Ann. de dermat. et de syphiligr.*, 1874-75.)

Eh bien, messieurs, ces rémissions avaient également lieu chez notre malade. Son moral les subissait comme les autres phénomènes. Mais les manifestations de l'état morbide du cerveau ne variaient d'un moment à l'autre que dans des limites trop peu étendues pour constituer une intermittence. Depuis le début de l'attaque il y a toujours eu prédominance de la continuité, et malheureusement toutes les médications, internes et externes, dirigées contre l'encéphalopathie, ont été incapables de produire une amélioration de quelque importance, de telle sorte que cet homme est à peu près tel aujourd'hui qu'à l'époque où il est entré dans mon service.

VII

Voici quelle était sa situation il y a huit jours :

Sa physionomie dans les moments de calme est assez naturelle; aucun sillon n'est accusé d'une manière exagérée. Peut-être le sillon naso-labial est-il plus creusé que d'habitude. Aucune déviation des yeux, qui ont conservé toute leur mobilité, ainsi que les paupières et les pupilles.

La salivation est toujours extrêmement abondante et inodore, et quoique la muqueuse buccale soit un peu rouge, il n'y a pas assez d'inflammation pour expliquer ce flux salivaire si copieux. Du reste le malade n'a pas pris de mercure depuis quatre ou cinq mois. La salive est épaisse et visqueuse; elle se concrète sur l'isthme du gosier et l'obstrue.

Quoique l'orbiculaire des paupières fonctionne normalement, quand elles sont fermées il est agité de mouvements fibrillaires.

Pas de déviation de la bouche. Les commissures, sur le commandement qu'on lui fait, sont tirées à droite ou à gauche avec la même facilité; mais les lèvres restent toujours écartées, inertes, maladroites ; elles sont parésiées plutôt que paralysées; elles peuvent se rapprocher, mais pas assez pour siffler ou exercer la succion ; cependant elles retiennent l'air dans la cavité buccale.

Dans la langue, il est facile de constater une exécution très-incomplète et même une impossibilité des mouvements un peu compliqués.

Il y a évidemment un degré considérable d'aphasie, car le malade ne peut exprimer aucune idée, et son vocabulaire se trouve réduit à quelques mots. Aussi est-il condamné à un mutisme presque absolu : c'est à peine si l'on parvient à lui faire répéter ceux qu'on dit à haute et distincte voix devant lui. Il a la plus grande difficulté à prononcer les labiales et les linguales et il les élude tout à fait dans l'articulation d'ensemble, ce qui rend le mot presque inintelligible. De lui-même il ne trouverait rien à dire, ou du moins il serait in-

capable de l'exprimer ; mais il répète assez correctement, si l'on tient compte de son incapacité d'articulation pour les lettres et les consonnes qui exigent la mise en jeu des lèvres, de la langue et même du gosier.

Le voile du palais, en effet, ainsi que les muscles du gosier, semblent un peu paresseux, moins cependant que ceux des lèvres. La muqueuse qui les recouvre a perdu de sa sensibilité, ou bien le pouvoir réflexe ou excito-moteur est diminué et ne se manifeste pas sous l'influence d'une excitation artificielle, de celle que produit, par exemple, le contact d'un morceau de bois pointu porté sur le voile.

La mastication et surtout la déglutition présentent les anomalies que je vous ai déjà signalées. Le malade a toujours la bouche pleine ; il ne peut parvenir qu'avec la plus grande difficulté à avaler le bol alimentaire, dont des débris s'échappent sans cesse en dehors des lèvres ; aussi se ferme-t-il la bouche avec un mouchoir. Il lui arrive souvent d'avaler de travers. Les mouvements de latéralité des mâchoires sont intacts. Il n'existe aucun degré de parésie dans les ptérygoïdiens. La déglutition des liquides s'opère à l'aide d'un biberon à long bec. Séjour continuel des aliments entre les joues et les arcades dentaires.

Les organes des sens sont intacts, ainsi que les sensations, et en particulier les sensations gustatives.

Le système musculaire envisagé dans son ensemble présente un certain degré d'affaiblissement; mais il y a trois points qui sont particulièrement atteints. Dans ces points il y a non-seulement faiblesse, mais parésie. Je viens de décrire le premier groupe parétique ; il est constitué par la parésie de l'orbiculaire des lèvres, des muscles des joues, des muscles de la langue et de ceux de l'isthme.

Le second groupe résulte de la parésie des sphincters anal et vésical ; elle n'est pas constante. L'évacuation involontaire des urines et des matières fécales n'a lieu que de temps en temps ; c'est le seul phénomène morbide qui présente une intermittence réelle.

La parésie d'où résulte le troisième groupe porte sur les membres supérieur et inférieur du côté droit. Elle était de date ancienne, l'amélioration qui était survenue en novembre et décembre 1875 n'ayant jamais été qu'une guérison incomplète. Depuis cette nouvelle attaque, l'incapacité fonctionnelle est plus accusée qu'auparavant; ainsi la main droite au repos prend l'attitude qu'on observe lorsqu'elle a été longtemps privée de la contractilité normale de ses muscles : elle est fléchie sur l'avant-bras; les doigts, maintenus dans l'extension, sont eux aussi infléchis sur la main; ils sont, en outre, écartés les uns des autres. Il y a de la claudication, et même quelquefois, lorsque la parésie devient plus prononcée, le malade est obligé de garder le repos au lit. L'écriture est presque illisible; la difficulté de tenir la plume et de la diriger, jointe à l'oubli des mots et peut-être à la faiblesse ou à la nullité de la conception, rend ce mode d'expression incapable de suppléer au mutisme.

La sensibilité est un peu diminuée partout, mais plus à droite qu'à gauche. Elle est surtout lente; il semble qu'il faille un intervalle de temps notable à la sensation pour parcourir ses conducteurs ou pour être perçue par le cerveau.

J'ai exploré avec le plus grand soin le fonctionnement du pneumogastrique, et je me suis assuré qu'il n'était nullement lésé. La respiration est très-calme; il n'y a de ce côté-là aucun trouble, pas plus que du côté du cœur. Les valvules et les gros vaisseaux sont sans aucune trace d'athéromasie artérielle. Aucune autre maladie constitutionnelle ou locale autre que la syphilis à laquelle on puisse rapporter tous ces phénomènes encéphalopathiques.

Ils présentent quelques rémissions quotidiennes : c'est en général le soir que le malade se sent mieux.

Désirant faire un examen complet du système musculaire, je priai mon savant confrère et ami, M. le docteur Onimus, de vouloir bien venir le soumettre à des excitations électriques. Eh bien, messieurs, nous constatâmes que sur tous les points

de la face la contractilité et la sensibilité réagissaient vivement sous l'influence des courants galvaniques, et que la contractilité électro-musculaire était non-seulement conservée, mais peut-être exagérée dans les groupes parétiques des lèvres, de la langue et de l'isthme. La rapidité avec laquelle ces muscles obéissaient au courant faisait un contraste saisissant avec la faiblesse, la lenteur, l'état incomplet de leurs contractions lorsqu'ils recevaient les ordres de la volonté.

Il n'en était pas ainsi dans les muscles des deux membres supérieur et inférieur droits. La sensibilité à l'excitation électro-musculaire y était considérablement diminuée, surtout quand on la comparaît à celle du côté opposé. Cette diminution était plus prononcée aux extrémités qu'aux attaches des membres, et elle se manifestait de la même façon et au même degré dans la jambe et dans le bras. Il semblait que les muscles animés par le nerf cubital fussent plus touchés que les autres. Rien d'anormal dans les muscles du tronc.

Ainsi : 1° conservation et même exagération de la sensibilité et de la contractilité électro-musculaires dans les muscles des lèvres, des joues, des mâchoires, de la langue, du voile et de l'isthme ; 2° diminution de la sensibilité et de la contractilité électro-musculaires dans les deux membres du côté droit, plus prononcée aux extrémités qu'aux attaches, tel est messieurs, le résultat de l'exploration galvanique du système musculaire.

L'état mental du malade était à peu près tel que pendant les premiers jours qui suivirent son entrée dans mon service. Il existait une déchéance très-grande des facultés morales et intellectuelles. Au milieu de l'interrogatoire que je lui faisais subir pour vous raconter quelle était sa situation, à la date du 10 mai, il fut pris tout à coup et sans aucune cause de sanglots spasmodiques avec expirations saccadées et pleurs abondants ; puis quelques instants après il se mit à rire. La perception se fait lentement. Il comprend une partie de ce qu'on lui dit, balbutie le nom de certains objets, répète tant bien que mal quelques-uns des mots qu'il entend, mais voilà

tout. La volonté, très-affaiblie, ne se manifeste avec énergie pour rien, et quand elle commande vous avez vu combien imparfaitement elle est obéie par les muscles de la langue, des lèvres, des extrémités, etc.

Il n'existe pas de maux de tête diurnes ni nocturnes; le sommeil est assez bon. Je n'ai constaté à aucun moment un phénomène quelconque d'excitation musculaire ou intellectuelle.

Aucun changement en bien ou en mal ne s'est produit et ne paraît devoir se produire.

DEUXIÈME PARTIE

I

Eh bien, messieurs, maintenant que nous avons analysé et décrit minutieusement tous les phénomènes morbides présentés par ce malade, depuis l'époque de sa dernière attaque d'encéphalopathie jusqu'à aujourd'hui; maintenant que nous en connaissons les formes, les degrés, le mode de groupement, le processus, etc., nous avons une base solide pour discuter la question du diagnostic, qui, au point de vue physio-pathologique, est incontestablement la plus intéressante.

Remarquez d'abord que l'association phénoménale qui avait signalé les nombreuses attaques du début, puis les deux grandes crises antérieures à la dernière, c'est-à-dire l'*aphasie* et l'*hémiplégie droite*, s'est reproduite. Le malade est sans aucun doute aphasique; il l'est redevenu après avoir été guéri; de même que les membres du côté droit, qui avaient à peu près repris leur force normale, sont de nouveau retombés dans un état très-marqué de parésie. J'en conclus que la lésion syphilitique qui avait donné lieu, il y a sept ou huit mois, à ce groupe symptomatique, s'est reproduite. Or, quelle était

cette lésion? Dans la première leçon que j'eus l'honneur de vous faire sur ce sujet, le 27 novembre 1875, je vous disais que selon toute probabilité les méninges avaient été envahies par une hyperplasie syphilitique gommeuse, au niveau des circonvolutions frontales gauches et dans la scissure de Sylvius; que cette hyperplasie avait comprimé, puis envahi, congestionné, ramolli les circonvolutions et le lobule de l'*insula*, ainsi que la partie interne de la substance grise du corps strié; que par là s'expliquaient, d'une part, les troubles de la faculté du langage qui est plus particulièrement localisée dans la troisième circonvolution frontale gauche et, d'autre part, l'hémiplégie droite consécutive à la lésion de l'*insula* et du corps strié. Quant à l'intermittence des phénomènes, je l'attribuais aux alternatives irrégulières de l'irrigation sanguine dans la tumeur syphilitique des méninges et la partie de couche corticale du cerveau envahie et comprimée par elle.

Les événements qui se sont succédé depuis cette époque sont-ils de nature à modifier cette manière de voir? Messieurs, je ne le pense pas. Pour expliquer les troubles fonctionnels, je me placerai toujours, comme je l'ai fait jusqu'à présent, dans l'hypothèse d'une lésion méningo-encéphalique circonscrite, ayant atteint plusieurs des centres de localisation qui siégent à la surface du cerveau, dans sa couche corticale, principalement vers la scissure de Sylvius, autour du sillon de Rolando. Je crois encore à une lésion des circonvolutions de la région pariétale du cerveau limitée au côté gauche.

II

Cette opinion vous paraîtra peut-être paradoxale au premier abord. Je vais donc vous déduire aussi logiquement que je le pourrai toutes les raisons qui m'ont porté à l'adopter. Nous serons obligés de faire une petite excursion dans le domaine de la physiologie pathologique du cerveau; mais j'espère que vous ne vous en plaindrez point. Ne sont-ce pas là des questions nouvelles, pleines d'actualité, qui depuis trois ou quatre ans

ont été en France et à l'étranger, mais surtout en France, l'objet de recherches et de travaux extrêmement remarquables? Sans doute le problème est ardu, mais qu'importe? Et quand même nous ne le résoudrions pas, croyez-vous qu'il n'y ait aucune utilité à le poser et à en discuter les diverses solutions?

Je suis convaincu, messieurs, que les lésions siégent dans l'écorce corticale du cerveau, et que, malgré la diffusion apparente et même réelle de certains phénomènes de date récente, la nouvelle détermination syphylitique qui les a produits n'est pas éloignée de la première. Cette idée ne m'est pas venue tout de suite. Quand j'ai vu la salivation, l'embarras de la prononciation, la difficulté de la mastication et de la déglutition, l'affaiblissement symétrique des groupes musculaires qui président à ces fonctions, j'ai pensé qu'il s'agissait d'une *paralysie labio-glosso-laryngée*. Il me semblait que ce nouvel ordre de symptômes ajoutés à l'aphasie et venant en dénaturer un peu le caractère, dût provenir soit d'une interruption des conducteurs qui unissent les circonvolutions au bulbe, soit d'une lésion du bulbe lui-même.

Une interruption des conducteurs était difficile à admettre : 1° parce qu'on ne conçoit guère qu'une lésion soit assez minime pour n'attaquer, dans les pédoncules cérébraux et leur expansion, où les fibres sont si serrées, que celles qui portent les ordres de la volonté à deux ou trois nerfs émanés du bulbe; 2° parce qu'on conçoit encore moins que cette lésion soit précisément à la même hauteur, au même degré, du même volume, en un mot parfaitement identique, dans l'une et l'autre expansion pédonculaire.

Ayant rejeté l'hypothèse d'une lésion des conducteurs qui unissent le bulbe à la périphérie du cerveau, je pensai que le bulbe pouvait bien être devenu lui-même un foyer d'action morbide. Mais voici qu'en y réfléchissant je fus bientôt arrêté par d'autres considérations qui m'empêchèrent

d'adopter définitivement cette localisation, tout en faisant, je l'avoue, de nombreuses réserves.

Evidemment il ne fallait pas songer à une atrophie des noyaux bulbaires. Cette lésion anatomique de la paralysie labio-glosso-laryngée, que M. Charcot a eu le mérite d'indiquer le premier, ne se développe pas du jour au lendemain, à la suite d'une attaque d'encéphalopathie syphilitique : elle est progressive de sa nature, comme la plupart des affections chroniques de la moelle épinière. Elle entraîne au bout de quelque temps non-seulement la paralysie, mais aussi l'atrophie des muscles animés par les nerfs bulbaires, qui deviennent eux-mêmes atrophiés. Il y a donc entre cette affection et l'atrophie musculaire progressive la plus étroite analogie, et même pour quelques-uns, au nombre desquels je me range, les deux affections n'en font qu'une, elles sont identiques et ne diffèrent que par leur localisation (1).

Tout à l'heure, messieurs, je vous donnerai l'histoire détaillée d'une paralysie labio-glosso-laryngée bien réelle et qu'on pourrait croire d'origine syphilitique. Là il ne peut y avoir aucun doute sur l'existence d'une lésion du bulbe concentrée dans quelques-uns des noyaux d'origine des nerfs bulbaires. Eh bien, vous verrez quelle profonde différence entre ces deux malades. Ici nous n'avons qu'une parésie diffuse des muscles, de l'inertie, de la lenteur, de la maladresse, plutôt qu'une incapacité absolue. Les noyaux d'origine, les nerfs,

(1) Cette question, ainsi que toutes celles qui se rattachent à la pathologie du bulbe rachidien, a été discutée avec un grand talent par M. le docteur Hallopeau, dans son excellente thèse sur les paralysies bulbaires. Après avoir dit que ces deux maladies (la paralysie labio-glosso-laryngée et l'atrophie musculaire progressive) doivent être rattachées à un même type morbide, M. Hallopeau énumère les arguments qui militent en faveur de cette manière de voir. Ce sont les suivants : «1° elles coïncident fréquemment ; on voit aussi souvent la paralysie labio-glosso-laryngée se compliquer d'atrophie périphérique, que l'atrophie musculaire progressive se compliquer de phénomènes bulbaires ; — 2° dans les deux cas, l'affaiblissement de la motilité coïncide avec une conservation relative de la contractilité électro-musculaire ; — 3° dans les deux cas il y a souvent coïncidence de paralysie et d'atrophie musculaire ; — 4° dans les deux cas la marche des accidents est constamment et fatalement progressive ; — 5° dans les deux cas on trouve des lésions identiques des centres nerveux, des nerfs et des muscles, et le processus anatomique consiste essentiellement en une atrophie primitive des noyaux moteurs. » (Hallopeau, *Des paralysies bulbaires*. Paris, 1875, page 63.)

les muscles ne paraissent point directement affectés. Le point de départ du mal semble placé plus haut, dans quelque désordre qui s'est produit au milieu d'éléments organiques appartenant à une hiérarchie fonctionnelle plus élevée, puisqu'il a obscurci l'entendement, émoussé la volition, en même temps qu'il entravait, sur un point restreint, tout un ordre de phénomènes psycho-moteurs qui lui sont subordonnés. Il y a là des nuances d'analyse un peu difficiles à saisir; mais j'espère que vous les comprendrez mieux quand je vous aurai raconté le cas d'un malade qui est, lui, atteint très-manifestement d'une atrophie chronique des noyaux moteurs du bulbe.

III

Les raisons que je viens de vous donner, pour rejeter l'hypothèse d'une paralysie labio-glosso-laryngée primitive et directe, ont encore plus de force si nous comparons le cas de notre patient aux diverses formes de paralysies bulbo-spinales symptomatiques des scléroses de la moelle et du bulbe. On pourrait supposer que la syphilis, dont l'action s'établit avec une préférence si marquée dans toutes les trames du tissu conjonctif, pour les hyperplasier et leur faire subir ensuite la transformation scléreuse, doit trouver dans le névraxe, à partir de la protubérance jusqu'à la queue de cheval, un champ propice à ce genre de processus organique. Pourtant je ne vois pas que jusqu'ici elle ait joué le rôle considérable qu'on était en droit d'attendre d'elle dans l'étiologie des scléroses spinales. Ainsi dans la sclérose en plaques, qui est une des formes les plus connues aujourd'hui, grâce aux travaux de M. Charcot et de ses élèves, on ne sait pas encore d'une manière bien positive la cause qui dissémine d'une façon si singulière les lésions dans les différentes parties des centres nerveux. J'en dirai autant de la sclérose amyotrophique latérale et de la paralysie générale spinale. Sans doute il est facile de supposer que dans beaucoup de maladies spinales il existe une teinte syphilitique; mais l'influence

directe de la maladie constitutionnelle, bien démontrée par la filiation des phénomènes, par leur modalité, leur processus, leurs coïncidences pathologiques, leur spécificité thérapeutique, reste encore fort douteuse, du moins pour celles que je viens de vous énumérer.

Jetons un coup d'œil sur chacune d'elles. Remarquez d'abord, messieurs, qu'elles intéressent toujours la moelle épinière. Or, chez notre malade, il ne s'est encore produit aucune manifestation d'ordre spinal. C'est une première raison pour les rejeter.

Dans la *sclérose en plaques*, le bulbe est une des régions du névraxe sur lesquelles l'action morbide se porte avec le plus de fréquence, puisqu'on l'y a notée 27 fois sur 34 cas. Les noyaux bulbaires, envahis progressivement et secondairement par les plaques de tissu scléreux qui les englobent peu à peu, présentent des altérations dont la profondeur et l'étendue varient dans de larges limites. Le noyau le plus souvent atteint est celui de l'hypoglosse, puis viennent ceux du facial, du pneumo-gastrique, plus rarement du glosso-pharyngien. Comme ces altérations sont habituellement beaucoup moins prononcées que dans l'atrophie primitive directe de la paralysie glosso-labio-laryngée, l'expression symptomatique est loin d'être aussi complète et aussi accusée. Sous ce rapport-là, le mode et le processus des phénomènes ne seraient pas sans analogie avec les symptômes un peu vagues que présente notre malade. Tous les accidents, en effet, qu'ils se portent sur la phonation, sur la mastication ou sur la déglutition, ne constituent presque jamais des paralysies complètes dans la sclérose en plaques; ce sont plutôt des parésies dont le degré se mesure sur l'étendue, la profondeur et l'ancienneté des lésions nucléaires du bulbe. De plus, l'amyotrophie n'est pas commune dans la paralysie bulbaire de la sclérose en plaques, et vous avez vu qu'elle n'existe point encore chez notre homme. Voilà un autre point de ressemblance. C'est ce qui fait, messieurs, que si je n'étais pas disposé à rejeter l'existence

d'une affection bulbaire pour les motifs que je vous donnerai tout à l'heure, parmi toutes les lésions que je vous ai énumérées, c'est en faveur de la sclérose en plaques, avec atrophie secondaire et incomplète des noyaux, que je me prononcerais. Mais, outre que je n'ai pu découvrir aucun accident spinal chez mon malade, sauf peut-être l'incontinence de l'urine et des matières fécales, qu'on peut aussi rapporter à une lésion encéphalique, je n'ai constaté chez lui aucun indice de ces graves perturbations qui peuvent frapper et qui finissent par frapper tôt ou tard l'appareil cardio-pulmonaire, tels que : accès de dyspnée et de toux, crises terribles de cardiopathie syncopale, etc., etc. Souvenez-vous que l'immunité de ce côté-là, quand elle se prolonge et qu'aucun trouble de cette nature ne vient l'interrompre, est une bien puissante présomption contre l'existence d'une lésion bulbaire.

La *sclérose latérale amyotrophique*, qui s'accompagne presque toujours de phénomènes bulbaires, s'éloigne encore plus que la sclérose en plaques de l'espèce de paralysie labio-glossique dont notre malade vous offre un spécimen. Qu'il me suffise pour vous le prouver de vous en donner une esquisse sommaire : 1° parésie sans anesthésie des membres supérieurs, avec émaciation rapide, rigidité spasmodique, puis contracture ; 2° plus tard, parésie progressive des membres inférieurs, avec amyotrophie moins prononcée et toujours plus lente que sur les membres supérieurs, rigidité spasmodique intermittente, puis permanente, compliquée quelquefois d'épilepsie spinale tonique ; 3° symptômes bulbaires offrant à peu près le même syndrôme que la paralysie labio-glosso-laryngée par atrophie directe et primitive des noyaux (1).

Je serai encore plus bref en ce qui concerne la *paralysie générale spinale*, où l'on ne rencontre qu'exceptionnellement les paralysies bulbaires. Les principaux caractères de cette affection consistent en paralysies disséminées, rapidement

(1) Voy. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1874. — Hallopeau, *Étude sur la sclérose diffuse péri-épendymaire*, 1869 ; *Étude sur les miélytes chroniques diffuses*, in *Arch. méd.*, 1871-72.

accompagnées d'atrophie musculaire et de perte de la contractilité électrique. Elle frappe irrégulièrement les membres supérieurs, inférieurs, en totalité ou en partie, procède par alternatives remarquables de mieux et de plus mal et ne produit pas de contractures. Au point de vue anatomique, elle est caractérisée par la diffusion de ses lésions, qui siégent sur les cornes antérieures, le tissu péri-épendymaire et quelquefois la substance blanche antéro-latérale. Il est clair que l'état de notre malade n'a rien de commun avec cette espèce de paralysie bulbo-spinale, et, si je vous en parle, ainsi que des autres, c'est qu'il n'est pas inutile de passer en revue les maladies qui de près ou de loin se rattachent à un spécimen clinique qu'on a sous les yeux. C'est un moyen d'élargir et de féconder l'observation. Je me propose aussi par là de vous préparer à l'étude de mon second malade, qui, loin d'être essentiellement un encéphalopathique, comme celui-ci, est dans la plus stricte acception du mot un *bulbo-myélopathique*.

IV

Parmi les hypothèses qui se sont offertes à mon esprit, il en est une à laquelle je me suis arrêté avec quelque complaisance. J'avais pensé que les troubles paralytiques, ou plutôt que la parésie labio-glosso-laryngée pouvait dépendre d'une compression en masse et homogène sur toute l'étendue du bulbe, par une suffusion hyperplasique développée à ce niveau dans les méninges ; mais j'ai bientôt reconnu que cette hypothèse ne pouvait être justifiée, et je ne m'y arrête pas.

Restent les *lésions en foyer* (hémorrhagies et ramollissements) et les tumeurs. Je ne vous dirai rien des hémorrhagies, qui sont excessivement rares, si bien qu'il n'en existe, je crois, que trois ou quatre cas. La mort a toujours été subite ou très-rapide.

Quant aux foyers de ramollissement par nécrobiose, à la suite de l'oblitération de la vertébrale, leur histoire est encore

trop incomplète pour qu'on puisse apprécier exactement tous leurs phénomènes. Il y a partout dans l'allure et dans le processus de quelques cas une physionomie particulière qui pourrait faire penser à des productions syphilitiques. A propos d'une observation recueillie dans le service de M. Charcot, M. Hallopeau s'exprime ainsi : « Nous ne connaissons que deux ordres de lésions qui puissent donner lieu à des accidents passagers de paralysie ainsi caractérisés : ce sont les obstructions passagères et les tumeurs syphilitiques. Les paralysies symptomatiques des foyers bulbaires de ramollissement apparaissent subitement, sans perte de connaissance ; elles présentent à peu près les mêmes phénomènes que la maladie dite de Duchenne, mais pas aussi prononcés ni en aussi grand nombre. Elles ne s'accompagnent pas d'amyotrophie. Elles se compliquent souvent de paralysies des membres supérieur et inférieur, doubles ou unilatérales, qui apparaissent en même temps que les symptômes bulbaires. Jamais les paralysies accessoires ne sont limitées à quelques muscles, etc... La maladie débute soudainement, habituellement sans perte de connaissance, par des paralysies qui affectent surtout la langue, les lèvres, et souvent aussi les membres. Elles prédominent fréquemment dans une moitié du corps et coïncident quelquefois avec de l'anesthésie ; la partie supérieure de la face est respectée. Il se produit bientôt une amélioration sensible qui peut être définitive ; très-souvent la maladie récidive ; elle peut entraîner rapidement la mort du malade. » (Hallopeau, *loc. cit.*, p. 116.)

Vous voyez donc, messieurs, que s'il y a quelque ressemblance entre les accidents présentés par notre malade et ceux qui résultent d'une anémie, d'une ischémie ou d'un ramollissement en foyer du bulbe, produit par une embolie ou une thrombose des vertébrales, il existe encore plus de différences, et elles suffisent pour faire pencher la balance du côté de la négative.

V

Ainsi, après avoir passé successivement en revue le mode d'invasion, les symptômes, le processus, la durée, la pathogénie, etc., des diverses affections du bulbe rachidien, nous trouvons qu'aucune d'elles ne s'adapte rigoureusement à l'ensemble des phénomènes présentés par le malade depuis sa dernière attaque. Entre ces affections et la sienne il existe un intervalle trop considérable pour qu'on puisse conclure avec quelque fondement que la détermination syphilitique s'est faite dans le bulbe.

Mais si par élimination nous l'excluons de cet organe, où donc allons-nous la placer? Eh bien, messieurs, nous la placerons dans la région où elle s'était primitivement effectuée, c'est-à-dire dans la *région fronto-pariétale gauche*. Oui, j'ai la conviction que c'est là, et là seulement, que s'est localisé le processus. Du point que nous lui avions assigné autrefois, quand le syndrôme ne comprenait que l'aphasie et l'hémiplégie droite, ce processus a rayonné ; ou, si vous aimez mieux, il s'en est fait un deuxième dans le voisinage du premier. Toujours est-il que la sphère de l'action morbide n'a pas dépassé les limites de la région fronto-pariétale gauche. Je vais essayer de vous le prouver en me fondant sur les belles recherches dont s'est enrichie depuis quelques années la pathologie du cerveau.

Il faut que je vous dise préalablement quelques mots des centres nerveux qu'on a découverts dans l'écorce cérébrale. Le premier qui en ait eu l'idée est un médecin anglais du plus haut mérite, M. Hughling's Jackson, de Londres. Par la pénétration et l'originalité de ses vues sur le fonctionnement de l'encéphale, par l'interprétation tout à fait nouvelle d'observations sur les maladies cérébrales, qu'il recueillait dans sa vaste pratique, cet éminent pathologiste a ouvert cliniquement la large voie où s'est engagée depuis, avec tant de succès, l'expérimentation physiologique. Personne n'a fait d'efforts

plus persévérants que M. Hughling's Jackson, pendant nombre d'années, pour prouver l'excitabilité pathologique de l'écorce. C'est à lui que nous devons rendre hommage de tous les progrès qui se sont accomplis dans cette branche si importante des sciences médicales, car c'est lui qui a eu l'idée première, l'idée féconde qui a produit une révolution radicale dans nos vieilles théories sur le mécanisme des troubles psychiques et surtout des phénomènes convulsifs et paralytiques. Et non-seulement M. Hughling's Jackson avait affirmé l'existence de l'excitabilité corticale, mais il avait deviné, et il a démontré depuis quinze ans par des faits cliniques la localisation de centres moteurs très-circonscrits sur certains points des circonvolutions cérébrales.

Ce n'est pas ici le lieu d'analyser les nombreux et remarquables travaux de M. Hughling's Jackson sur les sujets les plus neufs et les plus importants de la pathologie cérébrale. Je tenais à vous dire que tout ou presque tout ce qui s'est fait dans ces derniers temps n'a fait que confirmer et préciser expérimentalement ses conceptions basées sur la clinique. En France, soit par ses propres travaux, soit par ceux qu'il a inspirés, M. le professeur Charcot a été un des défenseurs les plus actifs et les plus autorisés des localisations cérébrales.

Quant à la découverte expérimentale des centres corticaux, nous la devons à MM. Fritsch et Hitzig. Publiées en 1870, leurs premières expériences fixèrent peu l'attention. C'est en 1873 seulement qu'un second mémoire de M. Hitzig et les célèbres expériences de M. Ferrier frappèrent les esprits et eurent un grand retentissement. Plus tard, M. Ferrier dissocia d'une façon saisissante, chez le singe, les mouvements les plus circonscrits de pronation, de préhension, de flexion, etc., etc., dans le membre supérieur, en électrisant des points différents de l'écorce cérébrale. Enfin, dans ces derniers temps MM. Carville et Duret procédèrent à la démonstration des centres par l'ablation des portions dénudées de l'écorce, qui sont le siége des centres moteurs. Je renvoie ceux d'entre vous qui voudraient approfondir cette question aux mémoires originaux et

à quelques thèses excellentes qui les ont résumés. Parmi ces dernières je vous signale particulièrement celle de mon savant collègue, M. le docteur Lépine, sur les *Localisations des maladies cérébrales*, et celle de M. Landouzy, publiée il y a quelques jours, sur les *Convulsions et les paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales*.

VI

Qu'il me suffise de vous donner ici l'énumération des principaux centres corticaux dont le siége paraît à peu près fixé. Ces centres sont comme groupés autour du sillon de Rolando et placés au voisinage de la scissure de Sylvius qui loge l'artère cérébrale moyenne. Au fond de la scissure de Sylvius et entre les deux circonvolutions qui la limitent se trouve le lobule de l'*insula*. C'est aux environs de ce lobule, sur la troisième circonvolution frontale, que j'ai localisé, si vous vous le rappelez, la lésion syphilitique méningo-encéphalique qui a produit le premier groupe d'accidents, c'est-à-dire l'aphasie et l'hémiplégie droite.

Le sillon de Rolando part de la scissure de Sylvius et se dirige verticalement en haut jusqu'à la grande fente inter-hémisphérique ; il correspond à la suture fronto-pariétale et est limité en avant par la circonvolution *frontale ascendante*, ou médiane antérieure d'Ecker, et en arrière par la *pariétale ascendante* (médiane postérieure). De la frontale ascendante se détachent perpendiculairement et en se dirigeant dans le sens horizontal, d'arrière en avant, trois circonvolutions qui sont la première, la deuxième et la troisième, en comptant de haut en bas. De la pariétale ascendante se détachent les deux lobes pariétaux.

Ces notions élémentaires sur la topographie externe de la région fronto-pariétale vous suffiront pour comprendre ce qui me reste à vous dire.

A. Le centre le plus connu, le mieux étudié, c'est le *centre de la faculté du langage*. Je vous en ai parlé assez longue-

ment dans ma première leçon pour n'avoir pas à y revenir. Il est resté tel que l'avait fixé M. Broca, c'est-à-dire sur la troisième circonvolution frontale gauche, à sa partie postérieure, au voisinage de son insertion sur la frontale ascendante. La question de savoir si une lésion limitée à l'*insula*, avec intégrité de la troisième circonvolution gauche, peut produire l'aphasie, n'est pas encore nettement tranchée. M. Lépine se prononce pour l'affirmative, et il explique les troubles du langage par l'influence sympathique de l'*insula* sur la troisième circonvolution frontale, qui lui est unie par d'abondantes fibres commissurales. Peut-être aussi le territoire du langage est-il plus étendu qu'on ne le suppose et comprend-il l'extrémité postérieure de la troisième frontale, l'extrémité inférieure de la frontale ascendante et le lobule de l'*insula*. Peut-être aussi, sur ce vaste territoire dévolu à une seule fonction, existe-t-il, comme le suppose ingénieusement M. Lépine, plusieurs compartiments destinés chacun à une division du travail?...

B. *Les centres moteurs de la face et des membres dans l'écorce grise* seraient disposés de la façon suivante, d'après MM. Férier et Hitzig (Voy. Lépine, *loc. cit.*, p. 31 et suiv.).

1° Les centres pour les mouvements des membres antérieurs et postérieurs du côté opposé occupent la circonvolution pariétale ascendante dans ses deux tiers supérieurs, près du sillon inter-hémisphérique. Le membre antérieur paraît avoir aussi en partie son centre dans le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante.

2° Le centre pour les mouvements de la tête et du cou se trouve sur la première circonvolution frontale, à sa partie postérieure, non loin de la circonvolution frontale ascendante.

3° Le centre des mouvements de la face et des paupières est placé sur la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale.

4° Le centre des mouvements de la langue, des mâchoires

et des lèvres occupe la *troisième circonvolution frontale, à sa partie postérieure, près de la scissure de Sylvius.*

5° Le centre des mouvements pour les globes oculaires serait dans le pli courbe du lobe pariétal.

VII

Il résulte de ces données expérimentales, confirmées ne grande partie par l'observation clinique, que presque tous les centres, sauf le dernier, sont situés autour du sillon de Rolando. Il y a bien quelques divergences entre MM. Hitzig et Ferrier au sujet de la localisation respective des centres pour les membres supérieur et inférieur, mais elles sont insignifiantes, et la concordance générale de leurs résultats est une garantie de leur exactitude.

De tous ces centres il en est plusieurs dont je ne m'occuperai point, puisque le malade ne présente et n'a présenté jusqu'à présent aucun symptôme qui indique qu'ils aient été atteints. Je ne vous parlerai, par exemple, ni du centre moteur des globes oculaires, ni du centre des mouvements de la tête et du cou, ni du centre pour les mouvements de la face et des paupières.

Quant aux centres moteurs des deux membres, il serait fort possible qu'ils eussent été touchés, puisqu'il y a eu hémiplégie droite ; mais l'harmonie qui a existé entre les deux parésies de la jambe et du bras, cette dernière étant plus prononcée que la première, comme cela a presque toujours lieu dans le syndrome aphasie et hémiplégie droite, me porte à croire, ainsi que je le disais dans ma dernière leçon, que le noyau lenticulaire du corps strié a été plus ou moins touché. Dans un des cas d'aphasie et d'hémiplégie droite, que j'ai observé et qui fait partie de mon mémoire sur les *Affections syphilitiques précoces du système nerveux*, la jambe droite n'était point paralysée ; le bras seul était parésié, et encore ne l'était-il

que partiellement, car les mouvements du membre autour de l'épaule s'exécutaient bien, ainsi que ceux de l'avant-bras sur le bras. Les muscles de l'avant-bras avaient seuls été frappés; ils étaient le siége d'une paralysie prononcée, sans atrophie, qui se traduisait par l'impossibilité de serrer un objet quelconque et d'étendre les doigts immobilisés dans une demi-flexion.

Eh bien, messieurs, en présence d'une parésie aussi limitée, n'est-il pas permis d'en chercher l'explication, non pas dans une lésion des masses grises centrales et de l'expansion pédonculaire, mais dans l'écorce du cerveau, dans la partie supérieure de la frontale ascendante. Les mouvements limités d'extension, de flexion, de pronation, de supination qu'a obtenus M. Ferrier par l'excitation très-circonscrite des divers points de cette région ne justifieraient-ils point cette hypothèse?

Des trois groupes parésiques que présente notre malade nous avons localisé les deux premiers, c'est-à-dire le syndrome aphasie et hémiplégie droite. C'est le plus ancien et le plus accusé; après avoir présenté une allure longtemps intermittente, il a été continu; puis il a disparu presque complétement, et le voilà de nouveau revenu, par le fait de cette dernière attaque. La lésion s'est probablement reproduite sous la même forme, au même point et peut-être dans la même étendue. Je n'ajouterai donc rien à ce que je vous ai dit de ce centre cortical.

Il ne me reste plus qu'un centre à examiner : c'est celui qui tient sous sa dépendance les *mouvements des mâchoires, des lèvres et de la langue*. Rappelez-vous qu'il occupe la troisième circonvolution frontale. Or, n'est-ce pas là aussi que siége celui de la faculté du langage? Eh bien, qu'y aurait-il d'étonnant à ce que l'ancienne lésion qui a produit l'aphasie se fût étendue jusqu'à ce centre des mouvements labio-glossiques, dont elle est si voisine? Et si vous ne voulez pas admettre l'hypothèse d'une lésion unique ayant étendu à deux centres voisins la sphère de son action, il ne vous répu-

gnerait pas, je pense, de supposer que la syphilis a pu produire sur la région fronto-pariétale gauche deux foyers morbides qui ont attaqué l'un le *centre du langage*, l'autre le *centre labio-glossique.*

Qu'il y ait un seul foyer ou deux foyers, peu importe. Ce qui est essentiel, messieurs, c'est de rechercher si une lésion du centre cortical, que j'appellerai *labio-glossique* pour la commodité du discours, peut nous rendre mieux compte qu'une lésion bulbaire des phénomènes éprouvés par notre malade.

Une objection saute à l'esprit. Je vous ai montré que la parésie labiale chez cet individu était parfaitement symétrique, c'est-à-dire qu'elle était au même degré du côté droit et du côté gauche, sans aucune déviation de l'une ou de l'autre commissure. Comment peut-il se faire, me direz-vous, que la lésion d'un centre cortical dans un seul hémisphère, dans le gauche, ne se borne pas à produire la parésie d'un seul côté, c'est-à-dire du côté droit, puisque la parésie est ordinairement située du côté opposé à la lésion? Cette objection est toute-puissante, et, malgré tout mon désir de trouver dans une lésion de l'écorce la solution du problème embarrassant qui s'offre à nous, j'y aurais renoncé et j'en serais revenu à l'hypothèse d'une altération bulbaire, si peu satisfaisante qu'elle me paraisse. Mais les expériences de MM. Carville et Duret ont établi que si l'action des autres centres corticaux ne s'exerce que sur les muscles du côté opposé, il n'en est plus ainsi pour le centre cortical qui préside aux mouvements labio-glossiques : les deux centres de ce mouvement, celui de droite et celui de gauche, sont tellement solidaires l'un de l'autre, si étroitement unis au point de vue fonctionnel, que : 1° l'excitation unilatérale provoque des contractions des deux côtés ; 2° l'ablation d'un seul de ces centres conjugués amène une *paralysie partielle des muscles des deux côtés.*

Si les lésions pathologiques donnent les mêmes résultats que les lésions expérimentales, ce qui est fort probable, vous

voyez, messieurs, que mon hypothèse d'une lésion de l'écorce au niveau du centre labio-glossique se trouve justifiée. Il n'est pas besoin d'une intervention bulbaire pour expliquer la pseudo-paralysie labio-glosso-laryngée qui, chez notre malade, est venue compliquer l'aphasie. M. Lépine avait prévu qu'un pareil cas pourrait se présenter. Dans une note (p. 54), il dit, au sujet des expériences de MM. Carville et Duret : « Selon que le centre des mouvements des lèvres et de la langue qui siége sur une partie de la troisième circonvolution frontale, sera entamé ou non par une lésion de cette circonvolution, un embarras du mouvement des lèvres et de la langue accompagnera ou non l'aphasie. La connaissance de ce centre moteur nous fait donc voir que l'anarthrie n'est pas un phénomène exclusivement bulbaire. »

Ce qui me prouverait encore que c'est bien là l'interprétation physio-pathologique appropriée à un pareil cas, c'est la nature des phénomènes paralytiques. Dans les lésions corticales, outre que les paralysies peuvent être *fractionnées* et *partielles* à l'infini, parce que la dissociation symptomatique peut aller aussi loin que la dissociation anatomique, elles sont *incomplètes*, c'est-à-dire qu'il y a parésie plus souvent que paralysie proprement dite. Elles sont aussi transitoires et variables. Enfin elles ne portent pas à la nutrition des muscles qu'elles frappent la même atteinte profonde que les lésions de la substance grise bulbo-spinale. Elles sont loin d'entraîner au même degré l'atrophie et la dégénérescence de la fibre musculaire.

Ne trouvez-vous pas dans les phénomènes paralytiques présentés par notre malade la plupart de ces caractères? Pendant la première phase de son encéphalopathie ils ont été remarquablement variables et transitoires, puisqu'ils offraient au plus haut degré le caractère intermittent; plus tard ils sont devenus continus, tout en restant incomplets et soumis à des phases irrégulières de variabilité. Et aujourd'hui dans les lèvres, la langue, les muscles des mâchoires et du pharynx, que voyons-nous? De l'inertie et de la parésie, mais aucune para-

lysie complète. Tous ces organes fonctionnent mal, sont maladroits, ne coordonnent plus leur action vers le même but, avec la précision et la régularité voulue ou automatique qu'on observe à l'état normal ; les muscles sont amaigris, comme tout le reste du corps ; mais aucune influence spécialement atrophiante ne s'est concentrée sur eux.

VIII

Telles sont, messieurs, les raisons qui m'ont conduit à supposer que les lésions manifestement syphilitiques dont le cerveau de ce malade est atteint doivent occuper la région fronto-pariétale gauche. Ne croyez pas qu'il s'agisse là d'une localisation exceptionnelle ; elle est, au contraire, très-commune, et chaque fois qu'un prodrome céphalique ou autre vous fera soupçonner une détermination syphilitique en train de se faire dans l'intérieur du crâne, songez aux méninges et à la couche corticale. N'oubliez pas non plus que, sur cette vaste surface, les divers centres qui se groupent autour de la scissure de Sylvius et du sillon de Rolando sont peut-être affectés plus particulièrement que les autres.

J'ai souvent réfléchi aux analogies et aux différences qui existent entre les diverses maladies constitutionnelles. Pour moi, il n'est pas douteux que la syphilis et la scrofule ont entre elles des affinités considérables; que leurs liens de parenté sont plus étroits, par exemple, que ceux qui les unissent soit à l'arthritisme, soit à la dartre. Il y aurait sur ce sujet des considérations instructives à vous présenter; mais il faudrait leur faire embrasser toutes les périodes de ces lésions, en comparant, dans chacune d'elles, les accidents qui leur appartiennent en propre. Il faudrait en outre poursuivre dans les divers organes, et soumettre à un rapprochement analytique les processus morbides qui naissent et éclosent sous l'influence des deux maladies constitutionnelles. Ce n'est point le moment d'entreprendre ici une pareille étude. Permettez-moi cependant de vous dire quelques mots d'une des

manifestations viscérales les plus graves de la scrofule : je veux parler de la méningite tuberculeuse, ou mieux de la tuberculose encéphalique dans ses divers modes, inflammatoires, granuleux, diffus, circonscrits, superficiels ou profonds. Eh bien, entre la tuberculose et la syphilose encéphaliques vous trouverez de nombreux points de contact. Laissons de côté les tumeurs tuberculeuses ou syphilitiques, qui se ressemblent tellement quelquefois qu'il est impossible de les distinguer. Tenons-nous-en aux lésions moins concentrées, aux formes disséminées qui atteignent leur type le plus complet dans la méningite tuberculeuse. Cette affection, qui a été l'objet d'études si remarquables à tous les points de vue, a rendu et rendra encore de grands services pour nous aider à localiser les centres. Je vous mentionnais tout à l'heure l'excellente thèse de M. le docteur Louis Landouzy sur les *convulsions* et les *paralysies* liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales ; lisez-la avec toute l'attention qu'elle mérite et vous verrez quelles déductions curieuses, au point de vue de la physiologie pathologique, on peut déduire du rapprochement des symptômes et des lésions qui les produisent. Dans la méningite tuberculeuse, les lésions de la région fronto-pariétale sont peut-être plus communes et plus importantes que celles de la base, et ce sont elles qui produisent la plupart des phénomènes convulsifs ou paralytiques qui peuvent arriver à un degré considérable de dissociation. Je suis convaincu qu'il en est de même pour certaines formes de la syphilose cérébrale. Pour moi, il y en a une qui se rapproche beaucoup de la méningite tuberculeuse ; c'est celle qui envahit les méninges, puis le tissu conjonctif superficiel des circonvolutions, ou, pour parler d'une façon plus technique, les réticulums sous-méningés de la névroglie. Elle se présente sous forme de disques irréguliers constitués par une hyperplasie plus ou moins inflammatoire, qui finit par englober, dans une tumeur étalée à la superficie du cerveau, une étendue plus ou moins considérable des méninges et de l'écorce. Le siége primitif de l'action morbide est dans la trame cellulaire

des méninges ou de la névroglie, peut-être dans les vaisseaux artériels, sous forme d'une endartérose ou d'une inflammation spécifique de la tunique adventice de ces vaisseaux. Depuis quelques années on fait de grands efforts pour se rendre compte du mode de détermination de la syphilis sur les vaisseaux en général et sur ceux de l'encéphale en particulier. On n'est pas arrivé jusqu'à présent à des résultats bien positifs ; il n'est pas douteux pourtant que les investigations anatomo-pathologiques poussées dans ce sens éclaireront bien des points encore obscurs, et enrichiront la pathologie syphilitique d'un de ses plus intéressants chapitres.

Mais si l'on est encore condamné à l'incertitude sur l'existence et, à plus forte raison, sur les divers rôles que peuvent jouer les *artéropathies primitivement syphilitiques*, on peut affirmer que les lésions artérielles ou veineuses consécutives aux lésions hyperplasiques ou gommeuses du tissu méningo-névroglique prennent une part active dans le processus, principalement à ses périodes avancées. Il se passe au niveau des plaques méningo-encéphaliques quelque chose d'analogue à ce que vous voyez dans les points où la méningite tuberculeuse concentre principalement son action : les vaisseaux sont envahis, déformés, déviés, comprimés, affaissés ; ils deviennent le siége de thromboses ou d'obstructions par les produits morbides spéciaux, etc. Il en résulte que, dans une zone plus ou moins étendue, il se produit de l'anémie locale, de l'ischémie, des infiltrations séreuses partielles, des suffusions sanguines ou des hémorrhagies capillaires, des ramollissements, etc., etc.

Je ne serais pas éloigné de croire que si les artères cérébrales ne sont pas primitivement attaquées par la syphilis, elles peuvent, quand elles se trouvent au contact des foyers morbides, servir à leur propagation. C'est ce qui expliquerait comment ces foyers se multiplient et donnent lieu à des phénomènes dont la cause organique se groupe généralement autour de la scissure de Sylvius et du sillon de Rolando.

Le fait est incontestable pour la méningite tuberculeuse.

Pourquoi n'en serait-il pas ainsi pour la syphilose méningo-encéphalique? L'induction est légitime, mais fort heureusement que les occasions d'en vérifier l'exactitude au moyen des autopsies se présentent rarement. Et à cet égard il y a entre la tuberculose et la syphilose de l'encéphale une différence qui est tout à l'avantage de la seconde. C'est ce qui fait sans doute que son anatomie pathologique, sa pathogénie, sa physiologie pathologique sont infiniment moins connues que celles de la première. Elle n'a pas rendu encore les mêmes services à la physiologie du cerveau, parce qu'on la guérit quelquefois, et que, malgré son immense gravité, elle est loin d'être aussi fatalement mortelle que la méningite tuberculeuse ou la tuberculose du cerveau.

Et pourtant, comme il faut être réservé sur le pronostic de la syphilose cérébrale! Ce qu'il y avait d'un peu consolant dans mes premières prévisions relativement à la santé future de ce malade ne s'est pas réalisé. Sans aucune cause appréciable et par le seul fait d'un retour spontané de la maladie constitutionnelle, l'encéphale a subi une nouvelle attaque, et elle a été plus grave, plus profonde, plus étendue que les premières. Aussi je crains beaucoup que cet organe ne soit irrémédiablement frappé. Rien de ce que nous avons tenté jusqu'à présent n'a réussi. Le malade pourra vivre peut-être longtemps si l'action morbide s'arrête et si, comme je le suppose, le bulbe est intact. Si les centres psycho-moteurs de la région fronto-pariétale sont seuls compromis, peut-être que la parésie labio-glossique et les troubles de la mastication et de la déglutition s'atténueront peu à peu, comme l'avaient fait l'aphasie et l'hémiplégie droite après les premières attaques. Mais si les noyaux gris du bulbe étaient attaqués, il faudrait renonce à tout espoir.

QUATRIÈME LEÇON

Messieurs, je vais consacrer ma dernière leçon du semestre d'été aux localisations et aux divers modes symptomatiques de la syphilis dans les centres nerveux, et en particulier dans la couche corticale du cerveau. Le malade qui a été l'occasion et jusqu'ici le principal sujet de cette étude, commencée l'année dernière au mois de novembre, a quitté mon service pour aller à la campagne. Je n'ai pu avoir que des nouvelles très-vagues de son état; mais je crois qu'il s'est un peu amélioré, si j'en juge par une lettre de trois ou quatre lignes adressée à ses parents. Quoique d'une écriture tellement tremblée qu'on a peine à la déchiffrer, cette lettre est assez correcte dans son insignifiance, et très-supérieure aux échantillons que j'avais obtenus pendant que ce pauvre garçon était dans mes salles.

Quand j'aurai des renseignements plus précis sur lui je vous les donnerai (1).

(1) J'ai revu ce malade dans le mois d'avril 1877 (troisième année et demie de sa syphilis). Il n'est revenu de la campagne qu'en février dernier. — Voici quel est son état : Plusieurs troubles fonctionnels du cerveau persistent et paraissent définitifs. *Aphasie complète*, impossibilité de prononcer un seul mot quoique la langue et les lèvres soient mobiles et que le mécanisme musculaire du langage fonctionne bien.— Le rire ressemble à un beuglement. L'œil est intelligent, la mémoire est conservée et la compréhension facile. *Parésie du côté droit* surtout dans le membre supérieur; phalanges étendues, doigts écartés et dans la flexion. Marche beaucoup avec une légère claudication; peut se tenir sur la jambe droite seule, — écrit très-difficilement par suite de la parésie, mais juxtapose quelques mots qui ont du sens. — *Les traits sont tirés à droite*, ce qui prouve qu'il y a dans les muscles de ce côté, comme dans ceux de la main, un peu de *contracture*. — Sensibilité presque intacte dans les parties

Aujourd'hui je vais m'occuper d'un autre malade, auquel j'ai quelquefois fait allusion dans ma dernière leçon. Chez lui les lésions occupent le bulbe. La question est de savoir si elles sont ou si elles ne sont pas d'origine syphilitique.

I

Un de nos médecins de province, très-haut placé et fort au courant des questions les plus modernes de la science médicale, quoiqu'il n'exerce plus, me fit l'honneur de me consulter sur le cas d'un malade auquel il porte le plus vif intérêt. Ce malade est un homme âgé de quarante-cinq ans, qui n'avait jamais eu jusqu'en 1870 aucune maladie générale ou locale, mais qui se sentait déjà à cette époque un peu fatigué et dyspeptique. Il avait eu des chagrins et fait beaucoup d'excès de femmes. Ses parents ne lui avaient transmis aucune prédisposition morbide apparente. A diverses époques il avait contracté quelques blennorrhagies sans importance.

En juillet 1870, il eut un chancre infectant qu'il prit pendant deux mois pour une simple écorchure; aussi ne consulta-t-il son médecin qu'au mois de septembre. On lui administra des pilules mercurielles pendant trois mois, sans pousser le traitement jusqu'à salivation. Il n'en eut pas moins des accidents cutanés qui consistèrent en quelques poussées de syphilides superficielles. L'induration chancreuse balano-préputiale fut très-longue à disparaître; elle persistait encore en mars 1871.

L'année 1871 se passa sans manifestation syphilitique. Aucun traitement.

En novembre 1872, prétendus aphtes sur la pointe et sur les côtés de la langue, qui durèrent un mois et ne furent pas soumis à une médication interne.

paralysées, — pas de maux de tête, — sommeil. — Les fonctions plastiques s'exécutent bien, — plus de salivation, — mâche et avale bien, — quelquefois selles involontaires, — aucune crise encéphalopatique depuis sa sortie de l'hôpital, — aucune manifestation syphilitique nouvelle.

II

Vous voyez que jusqu'au commencement de 1873 la syphilis de ce malade avait été bénigne, puisqu'elle s'était réduite à quelques manifestations du côté de la peau et peut-être des muqueuses. Il paraît cependant que la santé générale avait été assez fortement touchée.

Dans le courant de l'année 1873, des revers de fortune le frappèrent coup sur coup et finirent par le jeter dans une prostration morale et physique qui alla toujours en augmentant jusqu'au mois de septembre de cette année-là, époque à laquelle commencèrent les premières manifestations de sa maladie actuelle. C'était trois ans et deux mois après l'apparition du chancre. Ces premières manifestations consistèrent : 1° en *troubles de la vision :* le malade ne se distinguait pas nettement dans une glace ; il était obligé de chercher le point par suite d'un défaut d'accommodation de ses yeux ; 2° en *troubles de la prononciation :* les mots venaient facilement et il discourait aussi bien qu'auparavant, mais il y avait un peu d'hésitation et une sorte de zézayement quand il fallait les articuler ; 3° en *troubles de la déglutition :* il lui semblait qu'il manquait de salive. Ces phénomènes étaient survenus sans céphalée prodromique ni insomnie ; ils avaient progressé insensiblement jusqu'à atteindre un degré considérable en décembre 1873. A ce moment les lèvres semblaient boursouflées ; elles se mettaient souvent sous les dents et étaient mordues. Il n'existait pas encore de salivation. Il ne fut fait aucun traitement. Pas de troubles psychiques ; mémoire excellente et qui n'a pas failli un seul instant. Rien de l'aphasie vraie, à aucune période de cette grave affection nerveuse. Aucun trouble cardio-pulmonaire. La voix était devenue d'un timbre un peu sourd et s'était affaiblie ; le cri, par exemple, n'aurait pas pu être poussé aussi fort qu'auparavant. Les jambes et les bras n'étaient encore nullement affaiblis. Il n'en

était pas de même du sens génital, très-débilité depuis 1870, et qui, à partir de 1874, a été atteint d'une impuissance complète.

III

Pendant les trois premiers mois de l'année 1874, les accidents qui faisaient craindre une *paralysie glosso-labio-pharyngée* s'accentuèrent de la façon la plus nette ; ainsi les aliments s'accumulaient entre les joues et les arcades dentaires ; le malade était obligé de les repousser avec le doigt dans la cavité buccale, d'où ils tombaient souvent en dehors. La gène de la déglutition était devenue beaucoup plus considérable ; des parcelles du bol alimentaire passaient par le nez ou s'engageaient dans le larynx. (On prescrivit des dragées au protochlorure de fer de Rabuteau.)

D'avril à juin les traits du visage changèrent d'expression. La lèvre inférieure s'affaissa, devint inerte et laissa s'écouler la salive quand la tête était inclinée. Il y eut des contractions nerveuses dans la bouche, il semblait qu'on tirait les arcades dentaires de dehors en dedans, etc. Tout le système nerveux était très-irritable, facile à émouvoir lorsqu'il y avait de l'orage ou que le peau subissait le contact de l'eau froide.

En juillet et août (quatrième année révolue de la syphilis) la salive commença à s'écouler sur les vêtements, et le prolapsus de la lèvre inférieure devint plus prononcé. C'est à cette époque qu'on administra pour la première fois de l'iodure de potassium. Aucun spécifique n'avait été pris depuis 1871. On prescrivit aussi le séjour à la campagne et l'hydrothérapie. Un mieux assez notable en fut la conséquence. Toutefois, c'est de juillet à octobre 1874 que l'œil droit se dévia en dedans et qu'un peu d'abaissement de la paupière gauche se produisit. En même temps diplopie intermittente. Il survint aussi de l'insensibilité sur divers points du visage, dans la narine droite, aux gencives, etc., et de l'affaiblissement du goût. La langue avait conservé sa mobilité, mais elle ne pou-

vait se creuser en gouttière. Aucun trouble de la motilité dans les membres; cependant la marche était vacillante et peu sûre. La sensibilité était intacte partout ailleurs que sur la face.

Dans les deux derniers mois de 1874, on fit prendre tous les jours une cuillerée à bouche de sirop de Gibert. Aucun traitement pendant les quinze premiers jours de 1875, puis 3 grammes d'iodure chaque jour, pendant les premiers vingt jours des mois de février, mars, avril et mai.

Ce traitement parut être suivi d'un peu d'amélioration : ainsi le malade n'était plus obligé de repousser les aliments dans la bouche, il pouvait exécuter avec les lèvres les mouvements de succion; mais cette amélioration ne fut pas de longue durée. En juin les mâchoires s'écartèrent; impossibilité de mâcher de la croûte de pain. Grande fatigue en marchant; gêne dans le pied droit. Pas de maux de tête, mais nuits un peu agitées.

La santé générale avait été fortement éprouvée par cette affection nerveuse. Le poids du corps, qui était de 64 kilogrammes en 1869, était tombé à 46 kilogrammes en juin 1875 (cinquième année de la syphilis).

Le 1er juillet 1875 on essaya des bains sulfureux, des frictions mercurielles, et l'on revint à l'iodure de potassium. Mais ce traitement ne fut pas toléré, ou fatigua le malade, qui y renonça pour aller faire une saison à Aix en Savoie. La maladie n'en continua pas moins sa marche progressive : en octobre l'écartement des mâchoires était augmenté; l'écartement des lèvres était continu. Les potages et la viande hachée très-menu pouvaient seuls être avalés. Amaigrissement très-prononcé des tempes et des joues. L'anus percevait moins le passage des matières fécales. On tenta un nouveau traitement à l'iodure de potassium et au mercure en novembre, mais il augmenta la salivation, qui était déjà très-abondante, et il fallut l'interrompre.

En décembre les jambes commencèrent à faiblir : le malade ne pouvait plus monter sur une chaise et il était obligé de se

surveiller pour garder l'équilibre quand il se mettait debout. Froid aux pieds continuel, au droit surtout. Même état de la mastication et de la déglutition.

IV

L'état des choses resta à peu près stationnaire pendant les trois premiers mois de l'année 1876. Mais à la fin de mars la vessie devint paresseuse. Les facultés intellectuelles étaient toujours intactes.

C'est à partir du mois d'avril que tous les accidents augmentèrent notablement, sans aucune cause appréciable. La lèvre supérieure devint presque aussi paralysée que l'inférieure ; la salive s'écoula avec plus d'abondance ; la mastication et la déglutition furent de plus en plus difficiles. Mais l'aggravation se fit sentir principalement sur les membres inférieurs, dont les mouvements furent frappés d'incertitude, puis d'une véritable incoordination. Le malade ne pouvait plus régler sa marche ; le mollet et le pied droit surtout étaient indociles à la volonté. Il éprouvait des sensations confuses dans les deux jambes, sans véritables douleurs. Tous ces symptômes augmentèrent progressivement jusqu'à l'époque où je fus consulté.

V

Voici quelle était la situation du patient en juin 1876 (sixième année de la syphilis) : Un flot de salive (1) s'écoulait

(1) La quantité de salive rendue par le malade était vraiment extraordinaire : elle devait s'élever à plusieurs litres dans les vingt-quatre heures, si j'en juge par l'abondance de son écoulement pendant qu'il me faisait le récit de sa maladie. Il est évident qu'il n'y a pas seulement rejet au dehors de ce liquide, par suite d'une gêne plus ou moins grande apportée à la déglutition et par suite aussi du prolapsus de la lèvre inférieure et de l'écartement des mâchoires. Il existe une hypersécrétion réelle. Cette hypersécrétion doit dépendre des troubles survenus dans les nerfs sensitifs et dans les nerfs moteurs. Le trijumeau renferme, en effet, des fibres dont l'excitation provoque la sécrétion des glandes sous-maxillaire, parotide et lacrymale. Mais les vrais nerfs sécréteurs de la glande sous-maxillaire sont amenés au lingual par la corde du tympan, et ceux de la parotide viennent vraisemblablement du facial par l'intermédiaire du

sans cesse de la bouche et imbibait les vêtements ; la quantité qui se perdait ainsi était très-supérieure à celle qu'on avale dans l'état normal. Il y avait donc non-seulement perte de la salive par suite du prolapsus de la lèvre inférieure, mais aussi hypersécrétion de ce liquide à un degré tout à fait surprenant. Le malade pressait toujours un mouchoir au-devant de la bouche ; quand il parlait, il était obligé de l'ôter et alors, n'eût-il dit que quelques mots, l'écoulement se faisait pour ainsi dire sans interruption. La face grimaçait dans les divers mouvements qu'exigeait la prononciation, comme s'il y avait eu un défaut d'équilibre entre les muscles de la partie inférieure et ceux de la partie supérieure de la figure. Ce qui ajoutait encore quelque chose d'étrange à cette expression de la physionomie, c'était la profonde excavation des régions temporale, massétérine et buccale. Sur ces points la peau était littéralement collée sur les os, par suite d'une atrophie presque complète des muscles temporal et masséter. Pour le buccinateur, l'atrophie était moins sensible. Par suite de cette atrophie, la mâchoire inférieure était pendante et restait écartée de la supérieure. Les muscles moteurs étaient tellement affaiblis que le malade était presque incapable d'amener au contact les deux arcades dentaires et de broyer une fraise entre elles ; mais il l'aurait écrasée avec la langue contre la voûte palatine. Les mouvements de latéralité de la mâchoire inférieure étaient aussi abolis, ce qui indiquait bien que les ptérygoïdiens, comme les temporaux et les masséters, étaient paralysés et atrophiés. La dégénérescence était égale des deux côtés.

Telle est, messieurs, la principale lésion, la plus grave certainement et la plus prononcée. Sans aucun doute, les

ganglion otique. C'est un fait qui semble prouvé par les belles expériences de M. Claude Bernard (voy. *Leçons sur le système nerveux*, t. II, p, 158).

En outre, il est démontré expérimentalement que si l'on pique le plancher du quatrième ventricule sur la ligne médiane, au milieu de l'espace compris entre l'origine des nerfs acoustiques et l'origine des nerfs vagues, on détermine souvent, en même temps que du diabète, une exagération de la sécrétion salivaire. Le bulbe rachidien contient donc un centre salivaire en connexion avec l'origine de la corde du tympan (Vulpian, *Cours de la Faculté*, 1874). On a vu l'hypersécrétion salivaire dans la paralysie agitante, dans la sclérose médullaire, dans les contractures des muscles du tronc, etc.

lèvres étaient entravées dans leur jeu, l'inférieure était en prolapsus, la supérieure, quoique moins atteinte, n'en valait guère mieux. L'action de siffler, de retenir l'air dans la cavité buccale, de se rincer la bouche, était devenue impossible. Et pourtant, chose singulière, la prononciation des labiales était suffisante et ne se faisait qu'avec très-peu de difficulté. Il en était de même de la prononciation des linguales et des gutturales. L'articulation était très-distincte, infiniment plus que je ne m'y attendais.

La déglutition était beaucoup plus profondément lésée. Déviation des aliments du côté du larynx et du nez, insuffisance des lèvres pour les retenir en avant, difficulté de leur faire franchir l'isthme, nécessité de rejeter la tête en arrière pour y arriver, bruit singulier pendant cet acte, etc., etc.; on observait tous ces troubles fonctionnels, et ils étaient portés à peu près au même degré. Combinez-les avec l'incapacité de mâcher, et vous aurez une idée du désordre qui régnait dans l'accomplissement des importantes fonctions dont la bouche et le gosier sont le théâtre et l'instrument.

La langue n'était point atrophiée, elle se mouvait même avec assez de facilité; elle ne pouvait être creusée en gouttière et se montrait malhabile plutôt que paralysée; grâce à elle, le malade pouvait encore avaler un peu. Le voile, la luette et les piliers ne présentaient aucun changement apparent et se contractaient assez bien.

VI

Les idées étaient remarquablement nettes, et la faculté de s'exprimer avec le mot propre portée à un degré qu'on rencontre rarement chez les malades. Je puis garantir qu'il n'existait pas ombre d'aphasie et que les facultés psychiques n'avaient subi aucune atteinte, du moins matérielle, c'est-à-dire dans les organes où elles siégent. Je crois qu'il n'y avait aucune lésion des hémisphères cérébraux. Pas de maux de tête. Sommeil bon. Mémoire excellente.

Du côté des organes des sens je constatai un peu de surdité datant de deux mois environ. Un strabisme interne très-prononcé du côté droit, sans paralysie des sphincters des paupières ; pupilles également dilatées, lentes dans leurs mouvements ; l'œil droit voit de près, l'autre de loin. Sensation du goût un peu émoussée, ainsi que la sensation olfactive.

La sensibilité générale avait été assez fortement touchée. Anesthésie des pieds, surtout du droit, qui sentent moins bien le sol ; un peu d'anesthésie disséminée sur diverses parties du corps. Mais ce qui dominait c'était une sorte d'hypéresthésie qui rendait le contact de l'eau froide insupportable. Il n'y avait jamais eu et il n'y avait point de douleurs fulgurantes ni de douleurs constrictives.

La contractilité dans les extrémités inférieures était très-incoordonnée, si bien que le malade avait de la peine à se tenir en équilibre quand il se mettait debout et commençait à marcher. La jambe droite surtout était ingouvernable et se jetait sans cesse sur la gauche, quoiqu'elles restassent le plus souvent écartées pour élargir la base de sustentation. Le pied frappait le sol avec le talon, etc., etc. Grande difficulté pour descendre les escaliers. Il lui est impossible de se tenir debout et de marcher quand les yeux sont fermés. Pour vous donner une idée des progrès qu'a faits l'ataxie, sachez que le malade pouvait exécuter des mouvements de valse en novembre 1875 ; mais depuis juin 1874 il lui était difficile de courir, surtout longtemps. Je me suis assuré que les muscles atteints d'ataxie avaient conservé une grande partie de leur énergie contractile et que, dans le décubitus, et même les yeux fermés, ils exécutaient assez bien les mouvements qu'on leur commandait. Aucun d'eux ne m'a paru spécialement atrophié ; ils participaient de la maigreur commune à toutes les régions du corps.

La force musculaire et la faculté de coordination étaient restées intactes dans les membres supérieurs. L'écriture était ferme et très-lisible.

L'état des principales fonctions était rassurant. Malgré le soin avec lequel je recherchai les troubles ou les lésions

cardio-pulmonaires, je ne parvins à rien découvrir qui pût me faire supposer l'imminence prochaine d'une paralysie des pneumo-gastriques. Pouls régulier, sans aucune anomalie autre que sa fréquence : il était à 118-120; il est vrai que le malade avait déjeuné depuis peu et pris du café. Respiration normale. Rien dans les poumons. Digestions faciles. Jamais de vomissements. Constipation légère et un peu de paresse de la vessie le matin, avec quelques intermittences dans le jet.

L'état que je viens d'indiquer était stationnaire depuis un mois; mais tous ces phénomènes présentaient, dans de faibles limites, quelques rémissions irrégulières que rien ne pouvait expliquer. Le malade avait remarqué que le travail de tête augmentait la salivation et la difficulté de mâcher.

Je ne découvris aucune lésion ayant un caractère syphilitique apparent.

VII

Et pourtant, messieurs, je conseillai un traitement spécifique mixte ; du sirop de biiodure ioduré à faibles doses. Je vous avoue que je n'en attends pas de grands résultats. C'est par acquit de conscience plutôt que par conviction que je l'ai prescrit. Au fond, je n'ai pas la certitude que les accidents bulbo-spinaux dont je viens de faire la description se rattachent à un processus syphilitique; mais, comme je pourrais me tromper, il faut profiter des chances d'amélioration, sinon de guérison, que pourrait nous donner cette médication, s'il y avait la moindre teinte syphilitique dans un cas pareil.

C'est donc ici le lieu de discuter sa nature et de vous dire ce que j'en pense. Certes mon opinion ne serait pas difficile à formuler si je me contentais de raisonner comme certains syphiliographes, auxquels il suffit qu'un malade ait eu autrefois la syphilis pour admettre que toutes les affections ultérieures procèdent de cette maladie constitutionnelle. On pourrait ainsi agrandir singulièrement le cadre de la syphilis. Pour ma part, je suis plus exigeant en étiologie. Je voudrais

des faits précis soigneusement analysés, présentant dans leurs symptômes, leurs processus, leur durée, leur terminaison et la façon dont ils sont influencés par les spécifiques, un ensemble de caractères particuliers sur lesquels on ne se pût méprendre avec quelque attention. Voyez les syphiloses cérébrales : sans doute elles ont des points communs avec les cérébropathies ordinaires ; mais que de signes différentiels quand on les étudie dans tous les modes et pendant toute la durée de leur évolution !

Nous sommes bien loin d'avoir des connaissances aussi positives sur la pathologie syphilitique de la moelle épinière. Les phénomènes de compression par des exostoses ou des gommes, les lésions des méninges, les ramollissements de l'organe, à allure plus ou moins inflammatoire et dépendant néanmoins de la syphilis, sont assez bien connus.

Mais les affections décrites dans ces derniers temps sous des noms variés, et qui ne sont autre chose que l'inflammation chronique diffuse ou circonscrite des parties constituantes blanche ou grise de la moelle épinière, se présentent avec une systématisation telle, dans leurs lésions et dans leurs symptômes, que les anatomo-pathologistes qui les ont étudiées le plus profondément, Duchenne, MM. Charcot, Vulpian, Hallopeau, etc., etc., ne paraissent point y avoir rien découvert de bien positivement spécifique. Cet organe semble plus exclusif que le cerveau ; il est moins ouvert à l'action syphilitique ; elle ne s'y développe pas avec la même liberté d'allure, ni la même aptitude à revêtir toutes les formes de maladies communes en les marquant de son empreinte.

Sans doute la syphilis est un facteur étiologique d'une grande puissance, d'une portée vaste et lointaine, qui peut jouer un rôle considérable dans toutes les manifestations morbides. Mais, même dans les organismes les plus imprégnés de spécificité, ne voit-on pas les processus communs naître, grandir, décroître, subir toutes les vicissitudes de leur vie pathologique ordinaire, sans que la maladie virulente intervienne en quoi que ce soit ?

Dans une étude sérieuse des causes, il faut donc faire, non pas seulement avec des nombres, qui souvent n'expriment que des circonstances fortuites, mais avec la filiation des phénomènes, leur ordre chronologique, leur pathogénie, leurs coïncidences, leur physionomie habituelle, etc., la part qui revient à la syphilis et la part qui lui échappe et à laquelle elle reste plus ou moins étrangère.

Eh bien, messieurs, rien n'est plus embarrassant. Je n'en veux pour preuve que le malade dont je viens de vous entretenir. Incontestablement il a eu la syphilis ; elle a été même négligée et mal soignée à ses débuts. Néanmoins elle s'est montrée assez bénigne dans ses premières manifestations ; sur la peau et sur les muqueuses elles n'ont pas duré plus de deux ans. Il y avait même quinze à dix-huit mois que la maladie n'avait donné aucun signe de vie quand les troubles bulbo-spinaux ont débuté.

Mais d'autres causes existaient auparavant ou étaient intervenues depuis et elles étaient bien de nature à les produire. Je vous ai parlé d'excès vénériens, d'émotions violentes, de chagrins, de revers de fortune, etc., etc. Dans quelle mesure ces causes ont-elles agi directement sur le bulbe et la moelle? Quelle influence a eu la syphilis, soit seule, soit par sa combinaison avec elles? Voilà, messieurs, ce qu'il m'est impossible de décider, et je crois que tous ceux qui étudieront ce cas avec l'attention que j'y ai mise seront obligés, comme moi, de rester dans le doute.

La paralysie glosso-labio-laryngée, l'ataxie locomotrice survenue plus tard ne me semblent avoir différé en rien des mêmes affections quand elles se produisent chez des personnes exemptes de toute teinte syphilitique. J'ai beau chercher la spécificité dans les symptômes, la marche, le traitement, je n'en découvre aucune trace ; aussi une dissertation sur ce malade ne vous apprendra-t-elle rien au point de vue du particularisme phénoménal que doivent présenter et que présentent quelques-unes des déterminations de la syphilis sur la moelle épinière et sur le bulbe.

VIII

Je vais maintenant chercher à voir si, au moyen des symptômes, nous pouvons découvrir le siége et la nature des lésions. Je vais faire pour ce cas l'essai de localisation que j'ai tenté sur le cerveau du précédent malade ; mais ici le cerveau est intact, et je puis vous dire d'avance que nos recherches se circonscriront au bulbe et à la moelle épinière.

Le premier trouble fonctionnel qui annonça que les nerfs ou les centres nerveux étaient touchés se montra en septembre 1873, trois ans et deux mois après l'apparition du chancre infectant. On aurait pu croire qu'il émanait directement de la syphilis, car il consista en diplopie, avec prolapsus de la paupière supérieure droite, et strabisme interne du même côté. Lorsque vous verrez cette trilogie ou quelque chose d'analogue, défiez-vous de la syphilis, alors même que le malade n'en accuserait dans ses antécédents aucune manifestation. Administrez le mercure, et surtout l'iodure de potassium ; peut-être obtiendrez-vous rapidement une amélioration notable. Malheureusement c'est ce qui n'eut pas lieu dans le cas actuel, car le strabisme interne de l'œil droit, survenu il y a maintenant deux ans et demi, n'a pas bougé, malgré toutes les médications spécifiques. Le prolapsus seul paraît avoir été un peu influencé. Il serait naturel de supposer que ces deux phénomènes provenaient de quelque suffusion plastique de la base du crâne qui enveloppait et étreignait le moteur oculaire commun et le moteur oculaire externe dans leur trajet intracrânien, pendant qu'ils cheminent à côté l'un de l'autre dans la paroi du sinus caverneux.

A cette interprétation je préfère la suivante :

Il me semble qu'il est plus rationnel, vu le processus ultérieur, d'admettre que primitivement la lésion s'est localisée dans les noyaux d'origine de ces deux nerfs, surtout dans celui du second. Dans le premier elle paraît avoir été

transitoire, si tant est qu'elle ait existé; dans le second elle est devenue permanente et irrémédiable, comme toutes les autres lésions du mouvement dont je vais vous parler tout à l'heure. Il est certain que dans ce nerf et dans le muscle abducteur de l'œil l'incapacité fonctionnelle est arrivée au plus haut degré et n'a pas rétrocédé un seul instant. Il est probable que le muscle abducteur de l'œil droit est non-seulement paralysé mais atrophié, qu'il a subi la même dégénérescence graisseuse atrophique que les muscles moteurs de la mâchoire inférieure animés par le nerf maxillaire inférieur. La lésion est unilatérale et limitée au noyau d'origine du moteur oculaire externe du côté droit.

La sixième paire crânienne a une origine apparente qui n'indique point son origine réelle : elle semble sortir tout à la fois de la protubérance et de la partie supérieure de la pyramide antérieure; mais c'est plus profondément qu'elle naît. Ses racines, en effet, traversent la protubérance, se rendent à la partie postérieure de la moelle allongée jusqu'au plancher du quatrième ventricule, où, d'après Stilling, elles se terminent dans un noyau de substance grise, commun avec le facial. Mais il est plus probable, comme l'a établi Schröder, Van der Kolk, que ses fibres ne font que traverser le noyau du facial et qu'elles arrivent à un noyau spécial situé plus haut, qui a une démarcation et une autonomie propre. Quoi qu'il en soit, et en admettant que ce noyau est distinct de celui du facial, il a avec lui d'étroites connexions; aussi n'est-il pas étonnant que sa lésion ait atteint ce dernier.

Le noyau d'origine du facial, qui occupe le plancher du quatrième ventricule, sur le côté de la ligne médiane, a en effet été touché, lui aussi, mais beaucoup moins que celui de l'abducteur, et surtout que celui de la branche motrice de la cinquième paire. Je vous dis qu'il a été moins touché parce que la paralysie et surtout l'atrophie des muscles animés par ce nerf étaient infiniment moins prononcées que celles du groupe des masticateurs. Il n'y a que parésie, maladresse des lèvres et du muscle buccinateur.

Là, messieurs, où nous avons tout lieu de croire que la lésion atrophique des cellules nerveuses et des tubes nerveux qui en proviennent est arrivée à son maximum, c'est dans les points du plancher ventriculaire où se trouve l'origine de la cinquième paire. Cette cinquième paire, comme tous les nerfs mixtes, a deux racines : une sensitive, l'autre motrice. La racine sensitive, ou grosse racine, qui est indivise, traverse la protubérance, se porte en bas vers le bulbe, et dans ce trajet les fibrilles qui la composent se jettent dans un amas de cellules nerveuses décrites sous le nom de *noyaux du trijumeau*, lesquels sont en dehors des noyaux moteurs. Quant à la petite racine, après avoir cheminé parallèlement à la racine sensitive en traversant la protubérance, elle s'en écarte au niveau du plancher, et ses fibres, se dirigeant en dedans, s'étalent et rayonnent pour aboutir à un noyau gris distinct voisin du raphé, comme tous les noyaux moteurs, et désigné sous le nom de *noyau supérieur du trijumeau*.

Eh bien, c'est là que l'on trouverait la lésion la plus profonde. C'est là que l'atrophie des cellules est arrivée à son plus haut degré. Peut-être les noyaux d'origine de la racine sensitive ont-ils un peu souffert, comme semblerait l'indiquer l'anesthésie de quelques points de la face, du nez et de la muqueuse buccale. Mais le noyau d'origine de la petite racine, ou racine motrice du trijumeau, est le foyer principal du travail pathologique, qui s'est systématiquement localisé sur le plancher du quatrième ventricule. — Vous pouvez en mesurer la gravité par l'amyotrophie des muscles masticateurs : les masséters, les temporaux, les deux ptérygoïdiens sont tellement atrophiés qu'on ne sent plus les deux premiers sous la peau et que les régions temporale et massétérine sont pour ainsi dire réduites à leur seule portion squelettique. Par suite, la mastication est annihilée ou à peu près. Ces désordres si dangereux par eux-mêmes et par leur signification s'aggravent fatalement chaque jour ; ils sont l'œuvre et la conséquence d'une *atrophie primitive du noyau supérieur du trijumeau*.

IX

Je vous ai fait remarquer les particularités de cette paralysie labio-glosso-laryngée. Je l'appelle ainsi pour obéir à l'usage; par le fait, c'est surtout une *paralysie amyotrophique des muscles masticateurs.* La langue fonctionne encore : elle a même assez de force pour écraser les substances alimentaires demi-molles contre la voûte palatine; elle va les chercher entre les joues et les arcades dentaires, elle les dirige vers le pharynx et les y précipite; c'est elle, en un mot, qui accomplit tant bien que mal le peu qui reste des fonctions masticatoires. Grâce à elle, la cavité buccale n'en est pas tout à fait réduite à l'état d'un entonnoir inerte. Ajoutons à cela que la prononciation, sans être comme à l'état normal, est cependant très-suffisante.

Qu'en faut-il conclure? C'est que le noyau de l'hypoglosse, qui dans la paralysie labio-glosso-laryngée typique présente habituellement l'atrophie la plus prononcée, est ici sinon indemne, du moins fort peu endommagé. J'en dirai autant du nerf glosso-pharyngien.

Les troubles de la déglutition sont loin d'être portés au même degré que ceux de la mastication. C'est que les nerfs moteurs du voile, des piliers, du pharynx ne proviennent pas de la branche motrice de la cinquième paire. Elle ne fournit qu'au péristaphylin externe. Tous les autres muscles qui servent à la déglutition sont animés par des nerfs émanés du ganglion de Meckel, et par conséquent du nerf facial, ou par les branches du plexus pharyngien, constitué par le pneumogastrique. Or, vous avez vu que si le facial a été atteint, il l'a été beaucoup moins que la branche motrice de la cinquième paire. Quant au pneumo-gastrique, il est intact, et je souhaite pour le malade qu'il reste tel le plus longtemps possible. Lorsqu'il est atteint par l'atrophie progressive des noyaux bulbaires, la mort ne tarde pas à survenir à la suite de troubles

cardio-pulmonaires syncopaux ou asphyxiques. Aucun symptôme, je vous l'ai dit, ne nous indique chez notre malade l'imminence de ce redoutable événement; mais il ne faut pas se dissimuler que le noyau de ce nerf est menacé; que tôt ou tard, lui aussi, deviendra le siége de cette lésion qui seconcentre sur les masses grises du cinquième ventriculaire, et que c'est probablement par là qu'aura lieu la terminaison fatale.

Le noyau d'origine du pneumo-gastrique est au milieu de tous les noyaux qui sont progressivement et successivement atteints. Comment échapperait-il?

Dans les formes ordinaires de la paralysie labio-glosso-laryngée, le processus est ascendant dans sa marche : il attaque le bulbe et le plancher du quatrième ventricule de bas en haut et d'avant en arrière, et c'est en suivant cette direction qu'il arrive au noyau du vague. Ici, messieurs, la marche du processus est inverse; c'est encore là une particularité qu'il n'est pas sans intérêt de signaler. Le travail morbide a commencé par la portion la plus élevée du plancher, au voisinage de l'aqueduc de Sylvius; de là il est descendu peu à peu. Le voilà au noyau supérieur du trijumeau; s'il continue à progresser de haut en bas et d'avant en arrière, il rencontrera sur son chemin le noyau du pneumo-gastrique, et il ne l'épargnera pas plus que ne le fait le processus à marche ascendante. La direction ne change rien au fond des choses; quelle qu'elle soit, le résultat reste le même au point de vue du pronostic, et l'intégrité ou l'atrophie des cellules qui donnent naissance au nerf vague est toujours la question de vie ou de mort.

X

N'avais-je pas raison de vous dire que ces lésions étaient essentiellement *systématiques*, pour employer une expression heureuse de M. Vulpian? J'affirmerais, en me fondant sur l'analogie de ce cas avec d'autres où l'autopsie a été faite

que la névroglie est respectée, que les cellules seules sont attaquées.

C'est à M. Charcot que revient le mérite d'avoir indiqué le premier quelle est la lésion anatomique de la paralysie labio-glosso-laryngée. Dans une observation des plus intéressantes suivie d'autopsie, il constata que le bulbe et la substance grise antérieure de la moelle présentaient une altération pigmentaire plus ou moins complète des cellules et des groupes ou noyaux des cellules. Coloration d'un jaune ocreux des cellules, diminution de leur volume, effacement de leurs angles, forme globuleuse, disparition des prolongements du noyau, du nucléole, etc., etc., çà et là, comme dernier terme de l'altération, sur des points autrefois occupés par les cellules, granulations jaunes désagrégées, disséminées sans la moindre trace de noyau ou de nucléole. Tels sont, en résumé, les caractères anatomo-pathologiques de la maladie.

Dans les affections syphilitiques des centres nerveux, vous n'observerez jamais une lésion directe et primitive des éléments nerveux eux-mêmes. C'est dans le tissu conjonctif, dans la névroglie que se font les exsudats hyperplasiques, que naissent et que grandissent les tumeurs gommeuses. Les fibres et les cellules, privées de leurs sucs nutritifs, étouffées par ces produits de nouvelle formation, se dissocient, se fragmentent suivant divers modes de dégénérescence, qui les atrophient et les font disparaître, mais ce n'est que consécutivement, par la fatalité d'une situation indépendante d'elles et qu'elles sont condamnées à subir sans l'avoir provoquée.

En me fondant sur la nature particulière des lésions du bulbe que conduit à admettre la modalité symptomatique, n'étais-e pas en droit de vous dire que, malgré toutes les apparences, cette affection, quoique survenue chez un syphilitique, n'émanait pas de la maladie constitutionnelle, et qu'elle s'était probablement développée sous l'influence d'autres conditions étiologiques, comme elle l'aurait fait dans un autre organisme exempt de toute teinte spécifique?

Ces réflexions, qui me sont suggérées par l'analyse pathogénique des phénomènes, s'appliquent non-seulement à la maladie du bulbe, mais à la maladie de la moelle épinière, qui s'est développée ultérieurement sur l'extrémité opposée du névraxe.

Les troubles de la motilité, qui ont débuté depuis près d'un an dans les membres inférieurs, et qui depuis ces six derniers mois ont pris des proportions si alarmantes, se rattachent, autant que j'ai pu en juger, à l'affection spinale, caractérisée par l'incoordination des mouvements. S'agit-il ici réellement d'une véritable ataxie locomotrice? Je le crois, mais il me serait impossible, après un seul examen, de me montrer très-affirmatif à cet égard. Vous savez qu'il existe une étroite solidarité entre la paralysie labio-glosso-laryngée et l'atrophie musculaire progressive : elles appartiennent toutes les deux au même type morbide; leurs altérations, qui consistent en une atrophie primitive et chronique des cellules nerveuses motrices, sont localisées tantôt dans le bulbe, tantôt dans la moelle, tantôt simultanément dans ces deux organes. L'existence de paralysies périphériques amyotrophiques est si fréquente dans la maladie de Duchenne qu'il faut voir dans ce fait une loi pathologique et non pas seulement une coïncidence plus ou moins fortuite. Aussi avais-je d'abord pensé que les troubles des mouvements dans les extrémités inférieures dépendaient d'une atrophie musculaire progressive; mais je n'ai point constaté d'amyotrophie dans des muscles isolés ou dans des groupes de muscles, peut-être surviendra-t-elle plus tard; pour le moment, je dois m'en tenir à ce que j'ai vu. Ce qui me porterait à penser, malgré l'incoordination des mouvements, que les cellules et les racines antérieures sont plutôt le siége de la lésion que les cordons et les racines postérieurs, c'est que l'ataxie n'a été précédée d'aucun trouble très-prononcé de la sensibilité, et que les douleurs fulgurantes, si communes en pareil cas, ont fait complétement défaut. Mais qu'il s'agisse d'une *téphro-myélite antérieure chronique primitive* ou d'une *sclérose primitive*

des zones radiculaires postérieures, la lésion de l'extrémité inférieure du névraxe n'en est pas moins *systématique* comme la lésion du bulbe, et c'est là, selon moi, une forte présomption contre son origine syphilitique.

Messieurs, je me suis laissé entraîner à vous entretenir plus longuement que je n'en avais le dessein de la question si intéressante des localisations cérébrales. Sur ce sujet, vous le voyez, la physiologie pathologique est loin d'avoir dit son dernier mot. Les données sont encore trop incertaines pour qu'on puisse tirer des conclusions rigoureuses. C'est un sol mouvant qui se raffermira peu à peu; le médecin peut donc s'y aventurer, mais il faut que dans cette excursion il ne perde jamais de vue et prenne toujours pour guide l'observation clinique.

Je me suis efforcé de le faire dans ces leçons; et, si j'ai hasardé parfois des interprétations peut-être prématurées, j'ai eu soin de vous en avertir et de vous les donner comme telles. Quelle que soit la façon dont on les explique, les faits restent, et j'espère, messieurs, que vous ferez votre profit de ceux que vous avez bien voulu étudier avec moi.

NOTA. — Dans un travail intitulé : *Contribution à l'étude de la paralysie bulbeuse progressive*, paru depuis que ces leçons ont été faites (*Deutsch Arch. für klin. Medicin*, t. XIX, p. 145), le docteur Kaiser (de Breslau) rapporte un cas de paralysie glosso-labio-pharyngée semblable au mien, mais observé chez un jeune garçon de 12 ans. La bouche restait constamment béante, ce qui dénotait une paralysie de la portion motrice du trijumeau destinée aux muscles masticateurs. — Paralysie faciale plus prononcée à droite qu'à gauche; plus tard symptômes indiquant l'atrophie du noyau de l'hypoglosse. — Salivation très-abondante. — Parésie avec tremblement des membres inférieurs, etc. — L'auteur s'attache à démontrer comme moi, par des considérations sur la disposition des noyaux de substance grise dans le bulbe, que la marche du processus morbide se fit, dans ce cas, de haut en bas, contrairement à ce qui a lieu habituellement dans la paralysie glosso-labio-pharyngée. — Je n'ai eu connaissance de ce travail que par l'extrait qu'en a donné récemment la *Gazette médicale*, n° du 28 avril 1877.

— Le malade qui a fait le sujet de la IVe leçon vit encore; mais il est arrivé à un état d'émaciation musculaire extraordinaire. — L'écoulement salivaire est toujours aussi abondant. — Peut-être y a-t-il un peu d'amélioration du côté de la mastication et de la prononciation. — La parésie est plus prononcée dans les extrémités inférieures, surtout du côté droit. — Intelligence intacte. — (Avril 1877.)

PARIS — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON